



L'Ordine

di Treviso

Anno XVI - N° 3/2008 | Direttore: Michele Bacci | Aut. Trib. TV n. 934 del 24/03/1994
Tariffa Regime Libero (ex. tab. D): Poste Italiane S.p.A. | Spedizione in abbonamento postale 70% | DCB TV

Organo
bimestrale di
informazione
dell'Ordine dei
Medici Chirurghi
ed Odontoiatri
di Treviso



I partecipanti al Corso "Ambiente e Salute"

03
2008

- **Elezioni dell'Ordine: lista unitaria concordata**
- **Assemblea ordinaria annuale e XIV Giornata del Medico**
- **Corso e Convegno "Ambiente e Salute"**
- **Rischio clinico nel S.S. Veneto**
- **Intervista al Ministro Sacconi**

■ Attività e comunicazioni dell'Ordine

- 01 Elezioni dell'Ordine per il triennio 2009/2011
- 01 Nuovo Vice Presidente dell'Ordine
- 02 Assemblea Ordinaria Annuale
- 03 XIV Giornata del Medico
- 04 Corso e Convegno "Ambiente e Salute"
- 10 Regolamento sull'accesso ai documenti amministrativi dell'Ordine
- 12 Variazioni agli Albi

■ Riceviamo e pubblichiamo

- 13 Il rischio clinico nel Sistema Sanitario Veneto
- 19 FNOMCeO: Corso "fad SICURE"
- 20 Lettera Presidente FNOMCeO sulla responsabilità professionale del medico
- 22 Intervista al Ministro del Welfare Sacconi
- 24 Borse di studio ENPAM
- 24 Prescrizioni terapeutiche
- 25 Ricerca Medici
- 25 Master Universitario in Epatologia
- 25 AIDM Mogliano Veneto

■ Rubriche

- 26 Appuntamenti Scientifici
- 28 Rassegna Giuridico Amministrativa

Segreteria

Telefono: 0422 543864 - 0422 545969

Fax: 0422 541637

Orario di apertura al pubblico

Lunedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00
Martedì 10,00 - 13,00
Mercoledì 10,00 - 13,00
Giovedì 10,00 - 13,00 e 14,00 - 17,00
Venerdì 10,00 - 13,00



L'Ordine
di Treviso

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Michele BUCCI

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Domenico STELLINI

Vice Presidente

Pietro Mario ROSSI

Segretario

Daniele FREZZA

Tesoriere

Gaetano Giorgio GOBBATO

Consiglieri

Paolo BURELLI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO (Odont.)

Laura DAPPORTO

Brunello GORINI

Renzo MALATESTA

Giovanni MAZZOLENI

Federica NENZ detto NENZI

Saverio ORAZIO (Odont.)

Giampiero RUZZI

Fulvia SALZANI

Massimo SANTONASTASO

Remigio VILLANOVA

Giuseppe ZAPPIA

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Effettivi

Gaetano CAPPELLETTO **Presidente**

Diego GIRARDI

Gianfilippo NERI

Supplente

Gianna DI LUNA

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Diego CODOGNOTTO CAPUZZO

Presidente

Luigino GUARINI

Saverio ORAZIO

Edoardo STELLINI

Angelo UZZIELLI

NUOVO CONSIGLIO DELL'ORDINE PER IL TRIENNIO 2009/2011

Le rappresentanze della Professione hanno raggiunto un accordo sulla costituzione di una **lista unitaria** per il prossimo triennio che ha trovato ampia condivisione fra i medici della dipendenza, i medici convenzionati, gli odontoiatri, i medici dell'ospedalità privata e **prevede la figura del Presidente designato nella persona del dott. Giuseppe Favretto**, responsabile U.O. di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza.

La lista è la seguente:

Candidati Consiglieri:

Burelli	Paolo	Patera	Carlo
Cappelletto	Gaetano	Rossi	Pietro Mario
Favretto	Giuseppe	Ruzzi	Giampiero
Frezza	Daniele	Salzani	Fulvia
Gobbato	Gaetano Giorgio	Scarpa	Claudio
Gorini	Brunello	Villanova	Remigio
Martinello	Pio	Zappia	Giuseppe
Mazzoleni	Giovanni		

Candidati Revisori dei Conti:

Dal Bò	Silvia
Girardi	Diego
Neri	Gianfilippo
Gatto	Elvio - supplente

Seguirà regolare convocazione a mezzo lettera per le date e gli orari delle elezioni.

NUOVA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI PER IL TRIENNIO 2009/2011

Candidati:

Codognotto	Capuzzo	Diego
Dotto	Gianfranco	
Guarini	Luigino	
Stellini	Edoardo	
Uzzielli	Angelo	

La lista **prevede la figura del Presidente designato nella persona del dott. Luigino Guarini**, libero professionista in Silea.

Seguirà regolare convocazione a mezzo lettera per le date e gli orari delle elezioni.

NUOVO VICE PRESIDENTE DELL'ORDINE

Si comunica che, a seguito delle dimissioni presentate dal dott. Saverio Orazio dalla carica di Vice Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Treviso, il Consiglio Direttivo, nella seduta del 14 ottobre 2008, ha eletto quale Vice Presidente il dott. Pietro Mario Rossi.

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

A norma degli artt. 23 e 24 del D.P.R. 5.4.1950 n. 221 (Regolamento della legge costitutiva degli Ordini) viene indetta la

Assemblea Ordinaria Annuale

degli iscritti agli Albi. Detta assemblea si terrà il giorno di venerdì 19 dicembre 2008 alle ore 12 in prima convocazione presso la sede di quest'Ordine, con la presenza di almeno un quarto degli iscritti, ed **in seconda convocazione** il giorno di

SABATO 20 DICEMBRE 2008 alle ore 9,30

presso l'Hotel Maggior Consiglio di Treviso - Via Terraglio n. 140, e sarà valida con qualunque numero di intervenuti, purchè non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. Verrà trattato il seguente

Ordine del Giorno

1. Relazione del Presidente
2. Approvazione Conto Consuntivo anno 2007
3. Assestamento Bilancio di Previsione anno 2008
4. Approvazione Bilancio di Previsione anno 2009

Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato un collega presente all'assemblea.

La "delega" deve essere apposta in calce alla presente.

Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

Cordiali saluti.

Il Presidente
Dott. Domenico Stellini



Il sottoscritto Dott.

DELEGA

il Dott.

a rappresentarlo all'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine del 20 dicembre 2008.

Data

Firma

.....

.....



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO

XIV GIORNATA DEL MEDICO

Sabato 20 DICEMBRE 2008 - ore 11,30
Hotel Maggior Consiglio Treviso - via Terraglio, 140

- Introduzione del Presidente dell'Ordine dott. Domenico Stellini
- Intervento del nuovo Presidente dell'Ordine per il triennio 2009/2011

CERIMONIA DI CONMIATO E DI ACCOGLIENZA

- Giuramento professionale, consegna del distintivo e della pergamena ai medici ed odontoiatri iscritti all'Albo nel 2007
- Consegna della targa d'argento ai medici pensionati nel 2007
- Consegna della medaglia d'oro e pergamena ai medici con 50 anni di laurea nel 2007
- Brindisi augurale

CORSO E CONVEGNO

“AMBIENTE e SALUTE”

Due importanti eventi a livello nazionale organizzati dall'Ordine di Treviso nel mese di settembre

“AMBIENTE E SALUTE: UNA NUOVA COMPETENZA PER IL MEDICO”

Il 1° Corso di Formazione Integrato sui temi dell' Ambiente e Salute, si è tenuto a Treviso nei giorni di 25 e 26 Settembre presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS n.9; ha visto la partecipazione di oltre 70 medici e tecnici sanitari provenienti prevalentemente dal Nord Est con presenze dal Lazio, Liguria, Lombardia e Sicilia. Il Corso sull' Ambiente e Salute è stato realizzato dopo alcuni incontri avvenuti con la FNOMCEO su tali temi, avendo come finalità quella di formare i medici su queste nuove competenze, e consentendo di avviare un confronto con gli Enti preposti alla gestione delle tematiche ambientali; questa quindi è stata la programmazione del Corso e lo svolgimento delle giornate di formazione. Si sono succeduti 32 relatori provenienti dalla Provincia di Treviso, dall'ARPAV, dall'Università di Padova, dall'ULSS n.9 e dall'associazione Medici per l'Ambiente (ISDE) che hanno consentito di affrontare un confronto tra competenze tecniche e sanitarie su ognuna delle 6 sessioni che hanno occupato 2 intense giornate di lavoro, attraverso lezioni frontali, prove pratiche e lavori di gruppo.

Ci sembra opportuno per ogni singola sessione porre all'attenzione dei medici e odontoiatri trevigiani gli aspetti più rilevanti emersi rinviando alle singole relazioni presentate disponibili in copia all'Ordine per chi ne fosse interessato, con la possibile realizzazione degli atti che si sta cercando di predisporre con i docenti.

1ª Sessione, Parte Generale

Si sono alternati la Prof.ssa Marin dell'Università di Padova e il Dr. Frezza e il Dr. Gallo dell'ULSS n.9 nell'introdurre i temi dell'ambiente e salute e nell'avviare le modalità per determinare un Profilo e un Piano di Salute nelle nostre Comunità, approvando l'impostazione del Progetto Città Sane dell'OMS, in cui attraverso i 32 indicatori di salute della Carta di Ottawa si può iniziare a definire un Piano di Salute della popolazione e i conseguenti interventi da adottare con indicatori mi-

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso

AMBIENTE e SALUTE

una nuova competenza per il medico
con l'egida della FNOMCEO

TREVISO
25-26-27
settembre
2008

1° CORSO DI FORMAZIONE INTEGRATO TEORICO-PRATICO A LIVELLO NAZIONALE:
25 E 26 SETTEMBRE - ORE 9:00 - 18:30
SEDE LA MADONNINA ULSS N. 9

A INTEGRAZIONE DEL CORSO

CONVEGNO
AMBIENTE E SALUTE
MEDICI E ISTITUZIONI
A CONFRONTO
SABATO 27 SETTEMBRE - ORE 9:30 - 13:30
CA' DEI CARRARESÌ

SETTIMANA DELL'AMBIENTE DELL'ENTE PROVINCIA DI TREVISO

surabili e azioni da predisporre, con un forte coinvolgimento delle Comunità interessate (Piano di Salute). Ha concluso la sessione l'Ing. Tomiato di ARPAV, che ha introdotto l'Analisi del rischio nel settore ambiente e le sue ricadute in ambito sanitario; da questa relazione è emersa la necessità che ARPAV sia affiancata da dei professionisti sanitari che possano intervenire nelle necessità correnti e soprattutto in caso di emergenze ambientali con ricadute sanitarie.

2ª Sessione, Inquinamento Atmosferico.

L'Aria è sicuramente uno dei temi ambientali più studiati e trattati, e attraverso le relazioni della Dr.ssa Memo della Provincia e della Dr.ssa Rosa di ARPAV si sono individuate le criticità nel nostro territorio, analoghe a tutta la Pianura Padana, e gli interventi di monitoraggio e di programmazione avanzati, introdotti da anni dai loro Enti. In particolare si è evidenziata la capacità di ARPAV, attraverso la rete delle centraline fisse e mobili, presenti in Provincia di monitorare la situazione atmosferica relativamente alle polveri sottili (PM 10, PM 2.5) prevalenti in inverno e dell'Ozono che invece risulta ai massimi livelli d'estate. Benzene, SO₂, NO₂, vengono costantemente monitorati rientrando nei limiti di norma a differenza delle polveri sottili e dell'ozono che rimangono il vero problema nella

pianura padana, che è una delle 4 aree più inquinate a livello mondiale, e quindi anche in Provincia di Treviso, dove le fonti di immissione prevalenti sono il traffico veicolare e il riscaldamento domestico con una riduzione di ruolo dell'inquinamento industriale. Sono seguite le relazioni sanitarie del Dr. Cadrobbi di Padova, del Dr. Crosignani di Milano che hanno fatto emergere alcuni aspetti peculiari come l'importanza dell'inquinamento indoor (in casa, al lavoro) che è mediamente più elevato che all'esterno, così come solo le aree del territorio superiore ai 600 mt, consentono "l'altezza di rimescolamento" cioè un ricambio d'aria adeguato non garantito nella pianura padana. Sono emerse le indubbie correlazioni tra inquinamento atmosferico e danni alla salute, facendo emergere danni a breve termine quali irritazione alle vie aeree, insorgenza o aggravamento di patologie cardiovascolari e respiratorie e mortalità correlata ed effetti a lungo termine quali bronchiti croniche, tumore polmonare, arteriosclerosi con aumento della mortalità. Si sono succedute tre interessanti relazioni del Dr. Cavasin MMG, della Dr.ssa Todesco Pediatra e del Dr. Santelli Pneumologo, che hanno portato la loro esperienza clinica facendo emergere le ricadute sanitarie dell'inquinamento atmosferico. Il Dr. Cavasin, Presidente di AMA Treviso, ha fatto emergere come il MMG debba sviluppare competenze su tali temi, assumendo un ruolo di attore principale, nel rilevare l'esposizione dei propri assistiti, anche mediante indicatori da introdurre nell'anamnesi familiare e lavorativa, da monitorare nel corso del tempo. In particolare è emerso che in area pediatrica vi è un pericolo maggiore a causa di una maggiore sensibilità e di superficie alveolare che viene a costituirsi proprio nei primi anni di vita. Il Dr. Santelli ha lanciato come emergenza il tema della progressiva incidenza della BPCO sia correlabile all'inquinamento ma anche al fumo di sigaretta, che rimane il fattore di esposizione principale da contrastare.



3ª Sessione: Agenti Fisici - onde elettromagnetiche, radon, inquinamento acustico

Sono intervenuti il Fisico e Professore Universitario di Padova Giuliano Moschini, il Dr. Franco Andolfato di ARPAV e il Prof. Pier Carlo Muzzio, Radiologo e Commissario dello IOV di Padova.

Con semplice metodologia ma efficace stile didattico il Prof. Moschini è riuscito a rispiegare ai 70 medici presenti le teorie della fisica relative alle onde, all'inquinamento acustico e al radon, consentendo poi anche con delle prove pratiche di far capire con che modalità si rileva l'inquinamento da tali agenti fisici.

Il dr. Andolfato di ARPAV si è soffermato sulla normativa e sui dati di esposizione nella nostra Regione, evidenziando come reali fattori di rischio l'esposizione abitativa da onde elettromagnetiche in prossimità delle linee dell'alta tensione, del radon, gas radioattivo presente in abitazioni datate collocate in alcuni comuni del trevigiano noti, e in alcune aree della pedemontana.

Si è ricordato come il radon sia la seconda causa di tumore al polmone dopo il fumo.

Il Prof. Muzzio ha rilevato come vi sia necessità di implementare la ricerca sugli effetti carcinogenici degli agenti fisici, suggerendone alcune linee di sviluppo.

4ª Sessione: Acqua

La seconda giornata del corso è iniziata con questa sessione in cui Simone Busoni della Provincia di Treviso e Alfredo Mussato di ARPAV hanno presentato la normativa di riferimento, la tutela delle risorse idriche e dell'inquinamento delle acque suddividendo le acque in superficiali e sotterranee e identificando lo stato dell'inquinamento delle sostanze contenute nelle acque del nostro territorio.

Il Prof. Moretti dell'Università di Padova ha ripercorso la storia dell'acqua e dei gradi di inquinamento sia chimico che microbiologico che radioattivo collegandolo agli aspetti correlati della salute. Il Dr. Sbrogiò dell'ULSS 9 di Treviso Responsabile del SIAN ha evidenziato la qualità dei controlli da parte dell'ULSS rilevando come sia importante un corretto utilizzo dell'acqua preferendo l'utilizzo dell'acqua potabile dell'acquedotto rispetto ai pozzi autonomi privati.



5ª Sessione: Rifiuti

La Dr.ssa Franz di ARPAV ha presentato la situazione a livello regionale dimostrando come nel Veneto si sia raggiunta una gestione integrata dei rifiuti prevedendo la prevenzione e riduzione della quantità, il riutilizzo e il recupero di materia attraverso la raccolta differenziata così come il recupero di energia attraverso l'incenerimento di rifiuti o di CDR. In particolare nel Veneto vi è una produzione pro capite di rifiuti urbani bassa (495Kg/abitante anno rispetto ai 550 kg del livello nazionale) con un'elevata raccolta differenziata pari al 49%. Il Dr. Tagliapietra della Provincia di Treviso ha presentato la normativa sul tema dei rifiuti tracciando le linee tra gestione integrata, discariche, impianti di recupero

È intervenuto con una interessante relazione il Dr. Szmuski, che oltre ad essere Medico di Medicina Generale è Presidente di SAVNO, consorzio di gestione smaltimento dei rifiuti dell'alto trevigiano. La sua esperienza di medico amministratore ha fatto emergere le problematiche del rapporto con i cittadini in tale settore, i costi crescenti, e le ampie potenzialità che si stanno dimostrando nel territorio del trevigiano come esempio di eccellenza nazionale. Ha concluso la sessione il Dr. Balestrieri di ISDE che ha evidenziato l'impatto sulla salute di una non corretta gestione dei rifiuti evidenziando come la tossicità sia correlabile alle discariche e

agli inceneritori privilegiando pertanto la riduzione della produzione e la raccolta differenziata.

6° Sessione: Pianificazione del Territorio

Quest'ultima sessione, di estremo interesse, ha consentito di far emergere come esistono degli strumenti normativi, in particolare la VAS (valutazione ambientale strategica) che potrebbe divenire ambito di confronto tra medici e amministratori per consentire di introdurre azioni preventive sulla salute rispetto alla gestione del territorio. Su tali temi, presentando nel dettaglio la normativa e il contesto territoriale, si sono alternati l'architetto Parodi della Provincia e il Dr. Giandon di ARPAV. Sono seguiti gli interventi del Prof. Gaffarini dell'Università di Padova, che con un'appassionata disamina di decenni di esperienza didattica ha colto l'importanza di introdurre indicatori di salute nella gestione del territorio per prevenire i molteplici danni che la società di oggi è costretta a subire. Il Dr. Toffol, pediatra, ha posto l'attenzione sull'impatto di salute del bambino in particolare sull'inquinamento atmosferico, sul rumore e sulla scarsa attività fisica dei bambini legata ad una pianificazione urbanistica spesso errata del territorio. Ha concluso la sessione il Prof. Faggioli di ISDE che ha tracciato i compiti crescenti del medico verso le problematiche ambientali e la gestione del territorio, affidando un ruolo prevalente ai medici del Dipartimento di Prevenzione.

Alle relazioni si sono affiancate delle prove pratiche e la visione di alcuni filmati tra cui il funzionamento di una centralina di rilevazione dell'aria dell'ARPAV. I partecipanti al corso hanno dimostrato un forte interesse alle tematiche proposte, accogliendo con favore la prosecuzione di un'attività formativa dell'Ordine dei Medici di Treviso su tali temi, con ipotesi di sviluppare nel 2009 eventi separati specialistici per ogni singola sessione presentata.

Il corso si è concluso con un interessante lavoro a gruppi in cui si sono indicati dieci slogan di informazione ai cittadini su corrette prassi da adottare per evitare impatti negativi sulla salute in relazione ai temi ambientali.

È in corso di stesura definitiva questo decalogo informativo che andrà diffuso nel territorio provinciale con modalità che verranno a breve ufficializzate.

Al termine dei lavori sono stati consegnati dai consiglieri dell'Ordine presenti Dr. Ruzzi, Dr.ssa Dapporto, Dr. Santonastaso, Dr.ssa Di Luna gli attestati di partecipazione ad ogni partecipante con una simpatica cerimonia di saluto e arrivederci a Treviso. Si è data la comunicazione del punteggio ECM raggiunto (16 crediti) per le due giornate di partecipazione; un credito lusinghiero che ha confermato il valore formativo dell'iniziativa.



“AMBIENTE E SALUTE: MEDICI E ISTITUZIONI A CONFRONTO”

Convegno di sabato 27 settembre 2008 - Ca' dei Carraresi

Giornata importante di confronto sul tema Ambiente e Salute dell'Ordine dei Medici Nazionale rappresentato dal Vice-presidente Dr. Benato e dal nostro Presidente Dr. Stellini con la Provincia di Treviso, l'ULSS n. 9, l'ARPAV, l'Università di Padova, la Regione Veneto e ISDE.

Dopo tre interessanti interventi preordinati in cui il Dr. Cappelletto, medico ed ex sindaco, ha presentato un'esperienza di un profilo di salute di una comunità, il Dr. Faronato Direttore Sanitario dell'ULSS n. 9 le strategie di riduzione sull'impatto ambientale di un'Azienda Sanitaria e il Prof. Tamburlini Direttore Scientifico del IRCS Burlo Garofalo di Trieste con una relazione magistrale sull'impatto di salute del bambino inquinamento ambientale, si è entrati nel vivo di una tavola rotonda tra le istituzioni invitate.



Alla tavola rotonda hanno partecipato, ognuno portando un interessante e innovativo contributo, il Dr. Andrea Drago, Direttore Generale ARPAV, il Prof. Rausa Direttore di Igiene dell'Università degli Studi di Padova, il Dr. Blengio come ruolo istituzionale della Regione Veneto nella programmazione delle politiche ambientali e di salute, l'ente Provincia di Treviso con l'Assessore alle Politiche ambientali Ing. Ubaldo Fanton, come gestore delle politiche ambientali del territorio, il Dr. Benato come FNOMCEO per illustrare la strategia, a livello nazionale, sui temi dell'ambiente e salute così come espressi dall'art. 5 del Codice Deontologico, il Dr. Fagioli per il ruolo dell'associazione Medici per l'ambiente (ISDE), il Dr. Faronato, Direttore Sanita-

rio ULSS 9 ribadendo la forte partecipazione e presa in carico dell'Azienda di attività e azioni sui temi dell'ambiente correlati alla tutela della salute di tutti.

Ciò che si evince dal dibattito sopra tutto è la consapevolezza da parte di coloro che rappresentano le istituzioni di creare nuove forme di collaborazione tra chi è garante della salute, i Medici e chi ha il dovere di costruire politicamente, socialmente, economicamente i luoghi in chi viviamo. Si tratta di iniziare a proporre, nei comuni, nelle province, (nelle Agenzie regionali,) negli enti locali di vario genere, tavoli di lavoro a cui partecipino anche professionisti come i medici per offrire, attraverso specifiche competenze, una più accurata e profonda osservazione e studio negli aspetti tipicamente umani nel momento in cui si va a costruire, realizzare, modificare l'ambiente e quindi che impatto può avere ciò sulla salute dei cittadini. In particolare l'Assessore Provinciale all'Ambiente Ing. Fanton, ha ribadito quanto presentato in conferenza stampa e cioè l'intenzione della Provincia di Treviso di inserire sui tavoli tecnici di programmazione ambientale e urbanistica rappresentanti degli Ordini dei Medici di Treviso, per garantire il più possibile le ricadute sanitarie verso la popolazione. È la nuova sfida per tutti coloro che, in ambiti molto diversi tra loro, hanno nella loro mission professionale la produzione di azioni, atti, operatività che ha come fine ultimo la vivibilità e il benessere dei cittadini.

Dalla conferenza stampa del 22 settembre 2008:

- Il Gazzettino:** *“Un pool di esperti contro l'inquinamento. Emergenze e piani affidati a un'equipe: l'Ordine dei Medici lancia l'iniziativa con un corso pilota”*
- La Tribuna:** *“Smog e patologie: un corso forma i medici dell'ambiente”*
- Corriere del Veneto:** *“Smog, nasce un team medico”*

Dal Gazzettino di Treviso del 23.9.2008

UN POOL DI ESPERTI CONTRO L'INQUINAMENTO

Personale sanitario, tecnici e istituzioni attorno a un tavolo

Emergenze e piani affidati a un'equipe: l'Ordine dei Medici lancia l'iniziativa con un corso pilota

Una task force di medici e tecnici specializzati per combattere l'inquinamento ambientale.

È questo l'obiettivo dell'Ordine provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Treviso che ne discuterà dal 25 al 27 settembre durante un corso di formazione unico in Italia per l'ampiezza degli argomenti trattati e per il coinvolgimento delle istituzioni: Usl, Provincia, Arpa, Isde, Regione.

“Si tratta della prima iniziativa di questo genere nel territorio nazionale” precisa il segretario dell'Ordine Daniele Frezza. Il corso di formazione si svolgerà nei primi due giorni alla Madonna, sede del Dipartimento prevenzione dell'Usl 9, mentre sabato 27 è previsto un dibattito pubblico in Casa dei Carraresi a partire dalle 9,30. Si tratta di un'occasione unica per capire quale rapporto ci sia tra ambiente e salute in settori di scottante attualità come quello dei rifiuti o delle onde elettromagnetiche.

Il corso è rivolto a 65 professionisti della sanità: medici, dirigenti, tecnici che a vario titolo operano

in questo delicato ambito. Tra gli argomenti oggetto di studio troviamo uno dei temi che più ha infiammato le discussioni politiche e sociali degli ultimi tempi a Treviso: gli effetti sul nostro fisico dell'inquinamento da agenti fisici con particolare riferimento alle onde elettromagnetiche e al radon.

I docenti universitari e gli esperti chiamati a raccolta affronteranno anche il meno noto ma non per questo meno preoccupante tema dell'inquinamento acustico che è fattore incisivo nei casi di stress.

Si parlerà inoltre di acqua e di un corretto uso delle risorse idriche analizzando la qualità dell'acqua potabile. Senza tralasciare le montagne di rifiuti che il mondo industrializzato, anche trevigiano, produce, si analizzerà la condizione dell'aria mediante lezioni teoriche e laboratori pratici.

“Fra pochi giorni con l'accensione del riscaldamento si ricomincerà a parlare di polveri sottili e Pm10” spiega l'assessore provinciale all'Ambiente, Ubaldo Fanton, convinto che le misure

di contenimento debbano essere assunte non solo in fase di emergenza ma progettate e coordinate tra diversi enti.

“La nostra parola d'ordine da sempre è collaborare tra istituzioni e con gli utenti” precisa il direttore generale dell'Usl 9 Claudio Dario.

Il corso di formazione sarà il primo tassello di un lungo percorso che vedrà la costituzione di un pool di esperti da attivare in caso di bisogno ma anche nelle fasi di progettazione a lunga scadenza.

La nuova sede dell'Ordine, in via Concordia a Treviso, accanto all'Ospedale Ca' Foncello, potrebbe diventare il punto di riferimento per incontri futuri sul tema di largo interesse, in un territorio che registra tra i maggiori tassi di inquinamento atmosferico del mondo, come testimoniano le immagini satellitari.

Ulteriori informazioni sul sito dell'Ordine:

www.ordinemedicitreviso.org

Laura Simeoni

REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DEL DPR 184/2006

DISCIPLINA IN MATERIA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Pubblichiamo il regolamento di attuazione del DPR 184/2006 recante la disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi approvato nella riunione di Consiglio dell'Ordine il 24 giugno 2008:

Articolo 1 *Oggetto e ambito di applicazione*

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di esercizio e i casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e degli Ordini provinciali in conformità alla Legge 241/90 e al DPR 184/2006, della legislazione istitutiva DLCPS 233/46 e successivo regolamento DPR 221/50.

Articolo 2 *Documento amministrativo*

1. Ai fini del presente regolamento si considera documento amministrativo ogni rappresentazione grafica o di qualunque altra specie, ivi comprese quelle derivanti dall'utilizzo di strumenti informatici, elettronici o telematici, del contenuto di atti, anche interni, formati dall'ente o da questo utilizzati per lo svolgimento della propria attività amministrativa.
2. Il diritto di accesso agli atti per i quali è prevista l'affissione all'Albo pretorio si intende realizzato attraverso la medesima, per tutto il periodo della sua durata. Successivamente si applicano le modalità previste per l'accesso formale e informale del presente regolamento.

Articolo 3 *Soggetti interessati*

1. Il diritto di accesso ai documenti amministrativi è esercitato nei confronti dell'ente da parte di chiunque abbia un interesse personale e concreto per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti e collegate al documento nei confronti del quale è richiesto l'accesso.
2. Le disposizioni di cui al presente regolamento si applicano anche nei confronti dei soggetti portatori di interessi diffusi o collettivi.

Articolo 4 *Controinteressati*

1. L'ente nel caso in cui individua in base alla natura del documento richiesto soggetti che dall'esercizio dell'accesso vedrebbero compromesso il loro diritto alla riservatezza è tenuto a dare comunicazione agli stessi mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione.
2. Entro dieci giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione i controinteressati possono presentare motivata opposizione anche per via telematica, alla richiesta di accesso.
3. Decorso tale termine l'ente provvede alla richiesta, accertata la ricezione della comunicazione.

Articolo 5 *Accesso informale*

1. Il diritto di accesso si esercita in via informale mediante richiesta, anche verbale, all'ufficio competente a formare l'atto conclusivo di procedimento o a detenerlo stabilmente.
2. Responsabile del procedimento di accesso è il Presidente, il Segretario, il Tesoriere o nei procedimenti disciplinari il Relatore, il dirigente, il funzionario preposto all'unità organizzativa o altro dipendente addetto all'unità competente a formare il documento o a detenerlo stabilmente.
3. L'interessato deve indicare gli estremi del documento oggetto della richiesta, ovvero gli elementi che ne consentano l'individuazione, specificare e, ove occorra, comprovare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta, far constatare la propria identità e, ove occorra, i propri poteri rappresentativi.
4. La richiesta, esaminata immediatamente, e senza formalità, è accolta mediante indicazione della pubblicazione contenente le notizie, esibizione del documento, estrazione di copie, ovvero altra modalità idonea.
5. L'ente, qualora in base al contenuto del documento richiesto riscontri l'esistenza di controinteressati, invita l'interessato a presentare richiesta formale di accesso.

Articolo 6 *Accesso formale*

1. Nel caso in cui non sia possibile l'accoglimento immediato della richiesta in via informale, ovvero sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse alla stregua

delle informazioni e delle documentazioni fornite, sull'accessibilità del documento o sull'esistenza di controinteressati, il richiedente è invitato contestualmente a presentare istanza formale di cui l'ufficio rilascia ricevuta.

2. Al procedimento di accesso formale si applicano le disposizioni relative alla presentazione della richiesta in via informale.
3. Il procedimento di accesso deve concludersi nel termine di trenta giorni decorrenti dalla presentazione della richiesta.
4. Ove la richiesta sia irregolare o incompleta l'ente entro dieci giorni ne dà comunicazione al richiedente con raccomandata con avviso di ricevimento ovvero con altro mezzo idoneo a comprovarne la ricezione. Il termine del procedimento ricomincia a decorrere dalla presentazione della richiesta perfezionata.

Articolo 7 Accoglimento della richiesta e modalità di accesso formale

1. L'atto di accoglimento della richiesta deve contenere l'indicazione dell'ufficio presso cui rivolgersi e di un congruo periodo di tempo, comunque non inferiore a quindici giorni, per prendere visione dei documenti o ottenerne copia.
2. L'accoglimento della richiesta di accesso a un documento comporta anche la facoltà di accesso agli altri documenti richiamati e appartenenti al medesimo procedimento, fatte salve le eccezioni di legge o regolamento.
3. L'esame dei documenti effettuato dal richiedente o da persona da lui incaricata e munita di delega scritta le cui generalità devono essere riportate nella richiesta avviene presso l'ufficio indicato nell'atto di accoglimento della richiesta, nelle ore di ufficio, ove necessaria alla presenza di personale addetto.
4. Il richiedente potrà prendere appunti o trascrivere in tutto o in parte il contenuto dei documenti visionati con l'espresso divieto di essere asportati dal luogo presso cui sono dati in visione, o comunque alterati in alcun modo.
5. L'esame dei documenti è gratuito. L'ufficio rilascia copia dei documenti salvo il rimborso dei costi di riproduzione, il cui costo è fissato dal Consiglio ed è a carico del richiedente.

Articolo 8 Categorie di documenti per i quali l'accesso è differito

1. L'ente ha facoltà di differire l'accesso ai documenti richiesti sino a quando la conoscenza di essi possa impedire o gravemente ostacolare lo svolgimento dell'azione amministrativa.
2. L'accesso è inoltre differito per le seguenti categorie di documenti:
 - a) per i documenti relativi ai procedimenti disciplinari e alle richieste ispettive ad essi preliminari fino alla conclusione del procedimento da parte di soggetto terzo, fermo restando il diritto d'accesso esercitabile in qualunque momento dal soggetto interessato al provvedimento per i documenti che lo riguardano personalmente;
 - b) documenti relativi ai rapporti di consulenza e patrocinio legale, non coperti dal segreto professionale, fino alla conclusione del procedimento relativo;
 - c) elaborati e schede di valutazione dei partecipanti ai concorsi per assunzione: il differimento si protrae fino alla conclusione delle singole fasi del procedimento ai cui fini gli atti stessi sono preordinati. Fino a quando il procedimento non è concluso l'accesso è limitato ai soli atti che riguardano direttamente il richiedente, con esclusione degli atti relativi ad altri concorrenti;
 - d) per i documenti relativi ad istanze presentate all'ente per iscrizioni, cancellazioni, trasferimenti e attestante il possesso di determinati requisiti soggettivi fino alla conclusione del procedimento.

Articolo 9 Categorie di documenti sottratti al diritto di accesso

1. Ai sensi dell'art. 24, comma 1 e 2, della L.241/90, sono esclusi dal diritto di accesso i documenti contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi nei procedimenti selettivi.

Articolo 10 Ricorso dinanzi alla Commissione per l'accesso

1. Contro il diniego espresso o tacito dell'accesso ovvero contro il provvedimento di riferimento dell'accesso e contro le determinazioni che consentono l'accesso da parte del controinteressato è ammesso ricorso alla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.
2. Per quanto riguarda il ricorso alla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi valgono le disposizioni contenute nell'art. 12 del DPR 184/2006.

Articolo 11 Entrata in vigore e forme di pubblicità

1. Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo all'approvazione del Consiglio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso.
2. Il presente Regolamento è reso pubblico mediante pubblicazione sul bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso.

Variazioni agli Albi

LUGLIO - OTTOBRE 2008

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Borrelli Vincenzo	Trasferito dall'Ordine di Vicenza
Buso Mariangela	Trasferita dall'Ordine di Padova
Castelli Nicola	Prima iscrizione
Cavallin Mara	Prima iscrizione
Cokon Buttignoni Sonja	Trasferita dall'Ordine di Padova
Gioffrè Giorgio	Prima iscrizione
Glinski Letizia	Prima iscrizione
Manganello Francesca	Prima iscrizione
Padovan Giordano	Prima iscrizione
Pavan Alberto	Prima iscrizione
Pistis Roberta Alessandra	Trasferita dall'Ordine di Padova
Possamai Marta	Prima iscrizione
Ortolani Valentina	Prima iscrizione
Ronsivalle Guido	Prima iscrizione
Zardo Davide	Prima iscrizione

ISCRIZIONI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Dalmaschio Grazieli	Prima iscrizione
Luongo Paolo	Prima iscrizione

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Anzanello Roberto	Trasferito all'Ordine di Venezia
Baiocchi Paolo	Deceduto
Borgese Luisa	Trasferita all'Ordine di Arezzo
Capitano Gian Nicolò	Dimissioni
Capra Eugenio	Deceduto
Collavo Tania	Deceduta
Cortese Gabriele	Dimissioni
Cucakovic' Ksenija	Dimissioni solo dall'Albo dei Medici Chirurghi - rimane iscritta all'Albo degli Odontoiatri
Dametto Ermanno	Trasferito all'Ordine di Pordenone
Ferrara Marina	Trasferita all'Ordine di Padova
Nieli Grazia Rita	Trasferita all'Ordine di Ragusa
Perego Mario	Deceduto
Signori Ermenegildo	Deceduto
Turchetto Giampaolo	Deceduto
Vianello Bote Domenico	Deceduto

CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Kasprzak Ilona Olga	Dimissioni
Marchese Paolo	Dimissioni solo dall'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
Renzo Walter	Dimissioni solo dall'Albo Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi

ADOZIONE DI MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO VENETO

*Pubblichiamo la D.G.R. n. 1831 del 1° luglio 2008 (BUR n. 66 del 12.8.2008) recante: "Attuazione della D.G.R. n. 4445 del 28.12.2006. Adozione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario del Veneto. L.R. 16.8.2002, n. 22: integrazione dei requisiti di accreditamento delle strutture approvati con D.G.R. n. 6.8.2004, n. 2501 e successive modifiche.
(Sanità e igiene pubblica)*

L'Assessore alle Politiche Sanitarie Ing. Sandro Sandri riferisce quanto segue:

La Giunta Regionale con deliberazione n. 4445 del 28 dicembre 2006 ha istituito il Coordinamento per la Sicurezza del paziente con le seguenti competenze:

- a) Individuare e proporre alla Giunta Regionale gli obiettivi in tema di sicurezza del paziente del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR);
- b) Definire il piano annuale delle azioni per l'implementazione delle strategie per la sicurezza del paziente nel SSSR, individuando per le singole azioni le Direzioni e le strutture coinvolte;
- c) Monitorare le iniziative in tema di gestione della sicurezza del paziente poste in essere dalle Aziende Sanitarie;
- d) Armonizzare le iniziative regionali nell'ambito della sicurezza in tutte le parti di cui essa risulta composta;
- e) Sviluppare azioni di confronto con le associazioni scientifiche, con i rappresentanti dei cittadini, con gli istituti assicurativi privati e produttori di farmaci, presidi sanitari e tecnologie elettromedicali;
- f) Approvare la relazione annuale sull'attività svolta;
- g) Promuovere e coordinare le iniziative di formazione a livello regionale in materia di sicurezza del paziente.

In coerenza con gli obiettivi regionali già delineati per il biennio 2007-2008, dalla citata DGR n. 4445 del 28/12/06, il Coordinamento Regionale per la Sicurezza del paziente, a seguito di vari incontri tecnici, ha individuato e proposto i seguenti obiettivi:

- attivazione di un modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente;
- realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente;
- realizzazione di un programma di formazione di base e avanzato sulla sicurezza del paziente.

Con riferimento all'attuazione del primo obiettivo si propone, con il presente provvedimento, l'adozione di un modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema socio-sanitario del Veneto, frutto di uno studio condotto congiuntamente dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale, dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto e da alcuni referenti aziendali, sentite le organizzazioni sindacali dei medici, le associazioni rappresentative delle strutture private e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici.

1. Il Modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema socio-sanitario regionale del Veneto.

Il tema della sicurezza del paziente investe tutto il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati senza distinzione alcuna, ed ha assunto un'importanza fondamentale per chi opera in ambito sanitario. Già la D.G.R. n. 4445 del 28/12/2006, poc'anzi citata, aveva stabilito la necessità per le Aziende Sanitarie pubbliche e private preaccreditate di mettere in atto azioni volte a garantire al loro interno una gestione della sicurezza del paziente caratterizzata da una forte integrazione ed unitarietà di tutte le strutture, secondo modalità organizzative ed operative individuate nei singoli atti aziendali. Lo sviluppo e l'applicazione di un sistema per la sicurezza del paziente presenta notevoli vantaggi sia per la qualità dell'assistenza, in quanto riduce i rischi legati al processo diagnostico e terapeutico-assistenziale a garanzia dell'utente, sia per i professionisti, che operano in un ambiente più sicuro, aspetti tutti coerenti con il codice deontologico medico del 2006. Infine, effetti positivi si verificano in termini di immagine dell'azienda e di riduzione o contenimento dei premi assicurativi. Di qui l'esigenza, per continuare a sviluppare la cultura della sicurezza, di dar vita ad un modello organizzativo unitario da

applicare a tutte le aziende sanitarie e socio-sanitarie pubbliche (Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Irccs).

L'adozione dell'intero modello viene proposto - seppur in modo non vincolante e con la possibilità di adattamento alle diverse realtà organizzative - anche alle strutture private accreditate (anche provvisoriamente) che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ed ai Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti.

In ogni caso, la nomina della figura del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente - con le attività indicate - costituisce requisito per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie (pubbliche e private) che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e per le strutture socio-sanitarie limitatamente ai Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti.

Conseguentemente, l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria provvede all' integrazione del Manuale di attuazione della L.R. 16 agosto 2002, n. 22, adottato con D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004 e successive modifiche ed integrazioni, nel senso sopra indicato.

Il modello organizzativo regionale per la gestione della sicurezza coinvolge più attori all'interno dell'azienda:

- il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente;
- il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente;
- il collegio di direzione;
- il nucleo aziendale per la gestione dei sinistri.

Con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche va precisato che la realizzazione del modello organizzativo deve valorizzare le risorse professionali esistenti, tenendo conto delle competenze organizzative che svolgono simili funzioni per compito istituzionale e che pertanto dispongono degli strumenti tecnici-organizzativi capaci di incidere efficacemente nell'organizzazione ospedaliera e distrettuale.

Le Aziende sanitarie e socio sanitarie pubbliche sono tenute entro il 31 ottobre 2008 a comunicare alla Regione - Direzione Servizi Sanitari - l'atto di adozione del modello organizzativo in esame, che costituirà elemento di valutazione dei Direttori Generali.

Tale modello è delineato nell'Allegato A al presente provvedimento, di cui è parte integrante, ed è soggetto a verifica dopo due anni dall'adozione.

2. Il sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente

Il Coordinamento Regionale per la Sicurezza ha individuato come secondo obiettivo la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente.

Infatti, il sistema regionale di sicurezza del paziente non può prescindere dall'attivazione di un sistema informativo regionale integrato che garantisca una razionalizzazione e gestione unitaria dei diversi flussi informativi, provenienti sia dalle aziende pubbliche che private.

Il sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente deve essere alimentato sia da flussi informativi già esistenti e strutturati (SDO, Schede di morte, infezioni ospedaliere, reazioni avverse da farmaci e trasfusioni, trapianti, segnalazioni dispositivi, eventi sentinella, incident reporting) sia da nuovi flussi informativi (contenzioso giudiziario ed extra-giudiziario, dati strutturali, tecnologici ed organizzativi inerenti i processi di accreditamento istituzionale).

La Regione del Veneto ha già attivato alcuni flussi informativi, seppur non ancora tutti strutturati e sistematizzati in un unico sistema informatico organizzato. In particolare:

1. Flussi per il monitoraggio della sicurezza strutturale ed organizzativa:

- sicurezza di strutture edilizie e impianti;
- sicurezza antincendio;
- piani di emergenza in ospedale;
- sicurezza di apparecchiature e tecnologie (monitoraggio delle emissioni da apparecchi radiogeni, biosicurezza in laboratorio, monitoraggio della concentrazione dei gas anestetici);
- sicurezza organizzativa in ospedale (organizzazione attività assistenziali di pronta disponibilità e guardia medica, ecc.).

2. Flussi informativi correnti:

- Schede di dimissione ospedaliera (SDO);
- Registro delle schede di morte;
- Sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere;

- Sistema di emonitoraggio;
- Segnalazione degli eventi sentinella;
- Sistema informativo trapianti;
- Sistema di sorveglianza delle reazioni avverse a farmaci;
- Sistema di sorveglianza delle reazioni avverse a dispositivi medici;
- Sistema di sorveglianza delle reazioni avverse a vaccini;
- Sistema di sorveglianza degli incidenti occasionali del personale;
- Sistema di sorveglianza delle cadute in ospedale;
- Flusso del pronto soccorso;
- Flusso della specialistica ambulatoriale;
- Flusso gestione impegnativa di residenzialità extraospedaliera;
- Flusso ADI (Assistenza domiciliare integrata);
- Flusso interruzione di gravidanza e aborti spontanei.

Tra gli obiettivi del Coordinamento regionale per la Sicurezza del Paziente vi è la priorità di integrare ed armonizzare in modo sistematico tutti i flussi di riferimento, al fine di costruire una banca dati completa e aggiornata inerente il sistema in esame. Risulta altresì necessario disporre di ulteriori strumenti informativi per promuovere e sviluppare un nuovo approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori.

A tal proposito si attivano tre nuovi flussi informativi a valenza regionale:

1. incident reporting;
2. monitoraggio della sinistrosità;
3. reclami agli URP, aventi ad oggetto episodi inerenti alla sicurezza del paziente.

Il sistema dell'**incident reporting**, basato sulla segnalazione volontaria, anche in forma anonima, degli eventi avversi, - esperienza avviata presso diverse aziende pubbliche e private con un progetto sperimentale dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria nel 2005 -, va ora portato a regime mediante l'utilizzo di un strumento informatico regionale uniformato di applicazione generale.

È invece interamente da attivare - ed attiene alle aziende sanitarie pubbliche - il flusso regionale per il **monitoraggio della sinistrosità** e quello relativo alle **segnalazioni provenienti dagli URP**.

Per quanto riguarda l'audit clinico, quale strategia fondamentale nella gestione del rischio, il Coordinamento Regionale per la Sicurezza del Paziente definirà le linee di indirizzo per la realizzazione dell'audit sistematico delle cartelle cliniche, con l'esclusiva finalità di analizzare il percorso assistenziale nella prospettiva di prevenire eventi avversi potenzialmente correlati ai percorsi clinici analizzati.

In ogni caso, in situazioni di particolare gravità, rilevate nelle aziende ULSS ed Ospedaliere, il Segretario Regionale alla Sanità e Sociale può attivare specifici gruppi di audit clinico, costituiti da almeno un membro del Coordinamento Regionale per la Sicurezza del paziente, da un professionista della branca specialistica interessata, da un esperto in Root Cause Analysis (RCA), da un esperto in organizzazione e servizi ospedalieri e, comunque, dalle professionalità che si ritengono nei casi specifici più idonee per i necessari approfondimenti.

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto è incaricata di redigere un rapporto annuale sullo stato di sicurezza del Servizio Socio Sanitario Regionale, servendosi delle informazioni provenienti dai flussi informativi sopra descritti, da proporre all'approvazione del Coordinamento Regionale per la Sicurezza.

Il Segretario Regionale alla Sanità e Sociale, con proprio provvedimento, individua le strutture competenti ad attivare i nuovi flussi di dati e a realizzare il sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente.

3. Il programma regionale di formazione per la sicurezza del paziente

Infine, il Coordinamento Regionale per la Sicurezza ha individuato come obiettivo la realizzazione di un programma di formazione di base e avanzato sulla sicurezza del paziente.

Si ritiene opportuno, a tal fine, sviluppare a livello regionale un piano di formazione destinato ai Responsabili delle funzioni per la sicurezza del paziente (anche delle strutture private accreditate) e agli altri componenti dei Comitati esecutivi che preveda moduli di base ed avanzati riguardanti:

- principi di gestione del rischio (definizioni e terminologia, fattori umani ed organizzativi che influenzano la pratica clinica, lo sviluppo del Clinical risk management, errori ed eventi avversi in medicina, epidemiologia, principali studi);

- sistemi di rilevamento degli eventi avversi (Clinical incident reporting, dati amministrativi, revisione delle cartelle cliniche, eventi sentinella, reclami, richieste di risarcimento, reazioni avverse a farmaci, cadute, infezioni ospedaliere, emosorveglianza, sistema di rilevamento integrato dei dati come supporto alla sicurezza del paziente);
- investigazione ed analisi degli eventi avversi (Review meeting, Audit, Root Cause Analysis, Failure Modes and Effects Analysis, Failure Modes Effects and Criticality Analysis, Medical malpractice claims analysis- claims management);
- condizioni di interesse per una pratica sicura (linee guida, raccomandazioni, protocolli, gestione dei farmaci, comunicazione fra i professionisti e con il paziente, informatizzazione, costi degli errori e dei danni in medicina);
- gestione del rischio nelle principali discipline (Ostetricia, Cure Intensive, Chirurgia, Dipartimento di Emergenza, Oncologia, Psichiatria, Medicina Generale - Primary Care);
- gestione del contenzioso giudiziario ed extragiudiziario;
- conoscenza e approfondimenti delle caratteristiche dei contratti assicurativi.

L'attività di formazione è coordinata e gestita dall'Agenzia Socio Sanitaria Regionale del Veneto, la quale redige il programma da sottoporre all'approvazione del Coordinamento Regionale per la Sicurezza e si avvale, ove necessario, della collaborazione di enti formativi istituzionalmente riconosciuti.

Per la realizzazione del sistema informativo integrato regionale per la sicurezza del paziente e per lo sviluppo del piano di formazione si prevede una spesa pari a Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) a valere sul capitolo n. 60009 del bilancio di previsione 2008 della Regione del Veneto.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33 comma 2 dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTA la DGR n. 4445 del 28 dicembre 2006;

VISTA la DGR n. 2501 del 6 agosto 2002 e successive modifiche ed integrazioni;

delibera

- 1) di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto, come descritto nell'Allegato A, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, da applicare a tutte le aziende sanitarie e socio-sanitarie pubbliche (Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Ircss) e - nei limiti indicati nel provvedimento - alle strutture private accreditate (anche provvisoriamente) che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero nonché ai Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti;
- 2) di individuare la nomina del "Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente" quale ulteriore requisito per ottenere l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e per le strutture socio-sanitarie limitatamente ai Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti;
- 3) di dare atto che, sulla base di quanto approvato con il presente provvedimento, l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria provvede ad aggiornare il testo del Manuale di attuazione della della L.R. 16 agosto 2002, n. 22, adottato con D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004 e successive modifiche ed integrazioni, inserendo tra i requisiti previsti per ottenere l'accreditamento istituzionale, la nomina del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente;
- 4) di disporre che le Aziende sanitarie e socio sanitarie pubbliche sono tenute, entro il 31 ottobre 2008, ad adottare l'atto di istituzione del modello organizzativo in esame e a comunicarlo alla Regione - Direzione Servizi Sanitari - entro la stessa data, circostanza questa che costituisce elemento di valutazione dei Direttori Generali;
- 5) di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, la realizzazione di un Sistema Informativo Regionale Integrato per la gestione della sicurezza del paziente e l'attivazione dei nuovi flussi;
- 6) di dare atto che il Segretario Sanità e Sociale, con proprio provvedimento, individua le strutture competenti ad attivare i nuovi flussi di dati e a realizzare il sistema informativo regionale integrato per la gestione della sicurezza del paziente;
- 7) di incaricare il Coordinamento Regionale per la Sicurezza del Paziente di definire le linee di indirizzo per la realizzazione dell'audit sistematico delle cartelle cliniche;

- 8) di incaricare l'Agencia Regionale Socio Sanitaria di redigere un rapporto annuale, servendosi delle informazioni provenienti dai flussi informativi indicati nel presente provvedimento, che descriva lo stato di sicurezza del Servizio Socio Sanitario Regionale, da sottoporre all' approvazione del Coordinamento Regionale per la Sicurezza;
- 9) di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, l'avvio di un piano di formazione di base ed avanzato per gli operatori del Sistema Socio Sanitario Regionale indicati nelle premesse;
- 10) di incaricare l'Agencia Regionale Socio Sanitaria di redigere un programma di formazione da sottoporre all' approvazione del Coordinamento Regionale per la Sicurezza del Paziente;
- 11) di prenotare la somma di euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 60009 del bilancio di previsione 2008 della Regione del Veneto, quale finanziamento per la realizzazione del sistema informativo integrato regionale per la sicurezza del paziente e per lo sviluppo del piano di formazione;
- 12) di demandare al successivo provvedimento del Dirigente della Direzione per i Servizi Sanitari l'impegno e la liquidazione delle somme indicate nel presente atto.

ALLEGATO A

IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE DEL VENETO

Il modello organizzativo regionale per la gestione della sicurezza costituisce un' articolazione gestionale che coinvolge più attori:

- 1) il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente;
- 2) il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente;
- 3) il collegio di direzione;
- 4) il nucleo aziendale per la gestione dei sinistri.

Esso costituisce lo strumento organizzativo attraverso il quale il Direttore Generale attua le politiche aziendali per la sicurezza del paziente.

1. Il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente

Il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente è incardinato nella Direzione Medica di Presidio (DMPO) alla quale viene attribuito l'esercizio della funzione della sicurezza del paziente. Gli eventi correlati a tale problematica hanno infatti una particolare incidenza in ambito ospedaliero e la Direzione Medica di Presidio dispone, come previsto nell'atto aziendale, di strumenti, sia di indirizzo che di gestione, per poter intervenire con efficacia nella realizzazione della sicurezza del paziente. Il Responsabile viene nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, e viene scelto tra i dirigenti medici con documentata competenza ed esperienza in materia. Nei casi in cui all'interno di una stessa azienda sanitaria vi siano più direzioni mediche di presidio, il Direttore Generale sceglie sempre un unico responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente afferente ad un'unica Direzione Medica di Presidio. Tale responsabile esercita la funzione per l'intera Azienda Sanitaria.

Nell'ipotesi delle strutture private provvisoriamente accreditate la nomina del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente spetta all'Amministratore nell'ambito del personale medico.

Nel caso dei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti, il Responsabile delle funzioni per la sicurezza potrà essere individuato, in alternativa, anche tra altro personale sanitario ritenuto idoneo a svolgere la funzione affidata.

Il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente:

- cura l'analisi, il monitoraggio ed il coordinamento operativo del flusso a supporto della sicurezza del paziente (schede di incident reporting, infezioni ospedaliere, ecc.);
- provvede alla supervisione, all'organizzazione e alla formulazione di proposte di analisi e revisione dei processi assistenziali;
- provvede al coordinamento dei referenti dipartimentali per la sicurezza del paziente;
- convoca e presiede il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente;
- cura la comunicazione anche mediante diffusione di linee guida o altra documentazione utile per la sicurezza del paziente;
- verifica l'attuazione delle misure preventive adottate;

- promuove e monitora l'attivazione degli indirizzi/linee guida individuati dal comitato esecutivo e dal collegio di direzione;
- elabora proposte di piano per la formazione sulla sicurezza del paziente da concordare con il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente;
- attiva in particolari situazioni di urgenza specifici audit clinici;
- partecipa all'attivazione di audit clinici promossi dalla Regione;
- collabora con i Comitati per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO) e il buon uso del sangue;
- è componente del Nucleo aziendale per la gestione dei sinistri.

Il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente si avvale di un forte coinvolgimento della componente clinica. Tale supporto è necessario per avviare duraturi processi di cambiamento culturale, che valorizzino gli eventi avversi come una preziosa fonte conoscitiva per un proficuo miglioramento dell'attività sanitaria. A tal fine deve essere individuato dal Direttore di ciascun dipartimento sanitario un referente medico e uno infermieristico o tecnico sanitario, con il compito di raccordo operativo costante tra il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente e gli operatori del dipartimento. Inoltre, pur ribadendo che il problema della sicurezza del paziente riguarda prevalentemente l'utente ricoverato in ospedale, è da sviluppare fin d'ora anche una particolare attenzione operativa ai rischi connessi all'assistenza erogata dalle strutture distrettuali. Pertanto, il Coordinatore dei direttori di distretto individua un referente medico e uno infermieristico o tecnico sanitario in rappresentanza dell'assistenza primaria con la medesima funzione dei referenti dei Dipartimenti.

2. Il comitato esecutivo

In ogni Azienda sanitaria viene istituito il comitato esecutivo aziendale per la sicurezza del paziente, presieduto dal responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, al quale partecipano di norma tutti i referenti di dipartimento, i referenti per l'assistenza primaria, il responsabile del servizio qualità, il responsabile del servizio prevenzione e protezione (RSPP), i responsabili del Comitato per le infezioni ospedaliere (CIO) e del buon uso del sangue. È facoltà del Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente convocare alle sedute del Comitato anche altre professionalità in base allo specifico contesto.

Il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente:

- definisce le misure preventive per la riduzione dei rischi, da sottoporre alla Direzione Generale per l'adozione dei provvedimenti di competenza;
- propone il piano per la formazione specifica al Collegio di Direzione;
- esamina e valuta gli eventi avversi segnalati;
- propone al collegio di direzione le linee guida aziendali per la sicurezza del paziente;
- definisce l'attività di audit anche attraverso le metodologie Failure modes and effects analysis (FMEA), Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis (FMECA), Root Cause Analysis (RCA);
- supervisiona il sistema informativo per la sicurezza del paziente;
- promuove la cultura della sicurezza in azienda.

3. Il collegio di direzione

Il collegio di direzione di cui all'art. 17 del d.lgs. 30.12.1992, n. 502, quale organo di cui si avvale il Direttore Generale, che è il responsabile delle politiche aziendali per la sicurezza del paziente:

- approva il piano annuale aziendale per la sicurezza del paziente;
- approva il piano per la formazione specifica;
- approva le linee guida per la sicurezza del paziente in azienda.

4. Il nucleo aziendale per la gestione dei sinistri

Per la cura dei rapporti assicurativi per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro (RCT/RCO) nonché per la gestione dei sinistri viene istituito un Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri, costituito dal Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente, dal Responsabile del servizio Affari Generali e/o Legali, da un medico-legale. Detto Comitato riveste una funzione di tutela delle professionalità sanitarie, di raccordo e collaborazione con il rappresentante della Compagnia Assicurativa di riferimento e/o con il broker, di promozione del tempestivo ed adeguato ristoro all'utente

in caso di errore dei sanitari.

Il Nucleo formula proposte al Direttore Generale in ordine all'individuazione delle condizioni contrattuali assicurative più idonee a soddisfare le esigenze aziendali e dei professionisti che ivi operano, alla luce dell'evoluzione dei percorsi di sicurezza attivati e dei risultati conseguiti. La trasparenza nelle strategie di prevenzione e nel modello organizzativo adottato deve tradursi in una riduzione dei costi assicurativi nella misura in cui si ha un'effettiva diminuzione del rischio.

In caso di sinistro, la gestione degli aspetti amministrativi (denuncia alla compagnia assicurativa e/o al broker e i conseguenti rapporti amministrativo-contabili) rimane di competenza, secondo gli atti aziendali, del servizio Affari Generali e/o Legali.

Il Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri predispone la relazione sui singoli casi oggetto di sinistro avvalendosi, se necessario, di altre professionalità dell'Azienda; propone al Direttore Generale, d'intesa con i professionisti coinvolti nel sinistro, l'eventuale nomina di consulenti medico-legali e/o specialisti del settore.

Il Nucleo Aziendale collabora con il Rappresentante della Compagnia Assicurativa di riferimento e/o con il broker, formulando proposte al Direttore Generale al fine di facilitare, nel rispetto dei propri ruoli contrattuali, le soluzioni extragiudiziali delle controversie ed il ristoro immediato all'utente danneggiato.

FNOMCeO

Corso fad "SICURE"

Pubblichiamo la nota prot. n. 00108822008 del 22.10.2008

Abbiamo registrato da parte di medici e odontoiatri, che per tale motivo già avevano contattato il proprio Ordine provinciale, numerose segnalazioni di mancate risposte via fax all'invio del questionario allegato al volume **Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico** (Corso SICURE).

Per consentire di far fronte in modo appropriato ad ulteriori richieste da parte degli iscritti riteniamo utile fornire alcune precisazioni che, a nostro parere, potrebbero formare oggetto di una apposita comunicazione da veicolare agli iscritti, attraverso i canali ufficiali di comunicazione (Bollettino e/o Portale):

Nella "Guida alla compilazione del questionario" viene comunicato che, ad un numero di fax indicato dallo stesso professionista, "il sistema invierà automaticamente, entro pochi minuti notificazione dell'esito del questionario con tre possibili opzioni: illeggibile, valutazione positiva della prova, valutazione negativa della prova.

In realtà a causa dell'alto numero di fax in ricezione il sistema memorizza i fax e solo ad elaborazione avvenuta invia le relative risposte.

Questa procedura necessita di un tempo superiore ai pochi minuti previsti in fase di progettazione, più verosimilmente le risposte i colleghi le riceveranno entro due, al massimo tre giorni. Trascorso questo termine, senza aver ottenuto risposta, si consiglia di far inviare nuovamente il questionario.

Per quanto riguarda il mancato ricevimento della risposta le cause possono essere:

- numero occupato;
- numero libero ma il fax non si attiva;
- risponde una persona che non riesce ad attivare in tempo il fax;
- numero non corretto (mancanza di prefisso, etc.);
- numero a tariffa speciale verso il quale il sistema non è abilitato.

Il tentativo di invio risposta fax viene ripetuto tre volte.

Si ricorda che la conferma dell'avvenuto invio del questionario da parte del fax (**ok**) non presuppone necessariamente la ricezione dello stesso da parte del sistema automatico di lettura nè, tanto meno, il superamento del corso stesso.

*Responsabilità professionale del Medico***LE PROPOSTE PER UNA RIFORMA DELL'ATTUALE REGIME GIURIDICO**

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Amedeo Bianco, ha inviato, congiuntamente al Ministro della Giustizia Alfano, una lettera al Ministro del Welfare Sacconi e al Sottosegretario del Welfare Fazio, dove vengono riprese alcune proposte relative ad una diversa modalità di definizione della responsabilità medica in ambito civilistico e della colpa medica in ambito penale, nonché dei nuovi ambiti di efficacia e azione del consenso informato.

Nelle funzioni di presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, mi permetto di richiamare la Sua attenzione sulla condizione di grave disagio in cui, nel nostro Paese, versa oggi l'esercizio della medicina, che si manifesta, innanzitutto, nella mancanza, nella professione medica, della necessaria serenità nello svolgimento di qualsiasi atto, pur "routinario", della pratica professionale. Tale anomala congiuntura – secondo quanto si può percepire dall'osservatorio (privilegiato) di questa Federazione – va sempre più riducendosi in atteggiamenti noti come di "medicina difensiva", di certo socialmente nocivi, sia sul piano della tutela della salute dei cittadini, sia sul piano finanziario. Quando, nel dibattito medico e giuridico, ci si interroga sulle cause dell'innaturale contesto appena sommariamente descritto, ne scaturisce la concorde (e condivisibile) diagnosi che esso rappresenti in significativa quota parte l'effetto di una accresciuta conflittualità che rischia di connotare negativamente il rapporto medico-paziente. A questa – si spiega con specifico riferimento al settore civilistico – l'Autorità giudiziaria dà risposte

normalmente informate ad un evidente "animus adiuvandi" (talvolta espressamente dichiarato) nei confronti del paziente instante; al punto tale – si sostiene (fondatamente) – che siffatta "buona disposizione" dei giudici finisce per diventare una sorta di meccanismo alimentatore delle doglianze e delle richieste risarcitorie nei confronti dei medici. In una situazione "ambientale" di questo tipo, il rischio di venire denunciato, o di essere convenuto in un giudizio civile, rappresenta ormai, per qualsiasi sanitario, una vera e propria "spada di Damocle", che fatalmente gli sottrae tranquillità e sicurezza sul lavoro e ne condiziona costantemente l'operato. Come Le è certamente noto, molte ed autorevoli voci – che hanno avuto eco anche in sede parlamentare – indicano come (forse unico) rimedio plausibile, per arginare il fenomeno sempre più diffusivo della conflittualità giudiziaria, un intervento di riforma normativa, che, calibrato sulle innegabili peculiarità della prestazione medica (sempre sintomaticamente catalogata come obbligazione di mezzi e non di risultato: distinzione che l'odierna giurisprudenza va, altrettanto sintomaticamente, dismettendo con le intuibili – deleterie

– implicazioni), sostituisca l'attuale assetto normativo, orientato alla disciplina della responsabilità in chiave generale (il che ha potuto favorire letture giudiziali come quelle di cui ci si duole). In una prospettiva "de iure condendo", la Fnomceo ha affidato ad alcuni giuristi esperti della materia l'incarico di studiare i termini ed i contenuti di una possibile riforma dell'attuale regime giuridico della responsabilità professionale del medico, ricevendone di recente i contributi. Si tratta di articolati di ipotesi di disciplina, imperniata – si può sommariamente dire in ambito civile (che rimane il settore in cui la posizione del sanitario è maggiormente gravata), sulla responsabilità diretta ed unica della struttura sanitaria alla quale il medico, autore della prestazione asseritamente dannosa, appartiene; con previsione, fra l'altro dell'obbligo dell'ente di contrarre relativa assicurazione e del diritto di rivalsa dell'ente stesso verso il medico (limitato al caso di dolo), nonché dell'eventuale intervento in via suppletiva di un Fondo di garanzia. Viene altresì in parallelo ipotizzato, sul versante processuale, l'obbligatorio espletamento di un tentativo di conciliazione, il cui buon esito estingue la causa civile

(e vale anche come remissione della querela eventualmente presentata). Non si manca di prevedere, poi, nuovi principi in tema di formazione dell'albo dei consulenti tecnici (figure fondamentali, per come è noto, nei processi per responsabilità medica e la cui caratura professionale e scientifica deve essere imprescindibilmente assicurata). In ambito penale, le ipotesi di intervento di riforma elaborate riguardano il settore della colpa, con lo sviluppo di due linee alternative di disciplina: la prima, limitata alla introduzione del concetto di colpa grave per le sole prestazioni mediche contrassegnate da speciale difficoltà, l'altra viceversa estensiva della previsione della colpa grave ad ogni prestazione medica (escluse le ipotesi di lesioni gravissime o di omicidio).

Anche in tale settore si prevede un intervento normativo sul processo, con l'introduzione di un tentativo obbligatorio di conciliazione (fuori dei casi di lesione gravissime e di omicidio) da attivarsi nel corso delle indagini preliminari. Sempre nell'ambito penale l'articolato prevede altresì una disciplina (da tempo auspicata dai medici, ma anche dai giudici) dell'elemento del consenso del paziente al trattamento medico-chirurgico, con la stessa formulazione di ipotesi di reato in caso di violazione volontaria della regola del consenso da parte del medico. Alla luce di quanto sin qui esposto, avendo la consapevolezza che quando si intendano avanzare proposte di mutamenti di regole normative come quelle di cui si sono appena accennati i contenuti, il Sig.

Ministro della Giustizia e il Ministro della Salute, rappresentino gli interlocutori primari, sia per le ricadute sul piano dell'assistenza sanitaria sia per quelle sul piano processuale della disciplina prefigurata, mi permetto quindi di esplicitare il vivo desiderio ed il forte interesse della Federazione che presiedo ad ottenere un incontro con la S.V., per poterla mettere a conoscenza in modo puntuale dei richiamati articoli di riforma, ai fini delle Sue valutazioni ed in vista delle auspiccate iniziative consequenziali.

Amedeo Bianco

*Presidente della
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri*



L'Ordine
di Treviso

Organo bimestrale di Informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso

Presidente

Dott. Domenico STELLINI

Direttore Responsabile

Dott. Michele BUCCI

Redazione

Michele Bucci, Paolo Burelli, Diego Codognotto Capuzzo, Daniele Frezza, Maurizio Gallucci, Luigino Guarini, Renzo Malatesta, Saverio Orazio, Pietro Antonio Parenti, Orlando Ricciardi, Domenico Stellini

Stampa

Tipografia Sile - Carbonera (TV) - Telefono 0422 691911

L'Ordine di Treviso

**31100 Treviso - Via Concordia, 21 - Telefono 0422 543864 - Fax 0422 541637
ordmedtv@iol.it**

www.ordinemedicitreviso.org

“PIÙ POTERE AI MEDICI”

“Credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica”. È un riconoscimento importante per la professione quello che arriva dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi nell'intervista esclusiva rilasciata al gruppo “hcom”, pubblicata su *Dirigenza Medica* n° 7/8-08 e recepita dal nostro giornale.

E vanno ripensati anche i criteri di designazione dei Direttori generali, e dei primari introducendo rigidi paletti per evitare discrezionalità eccessive.

Tra le altre grandi questioni toccate dal Ministro figurano il federalismo sanitario, il ruolo del privato nella sanità, la sostenibilità economica del sistema e i nuovi Lea.

▼ **Mnistro Sacconi, quest'anno corre il trentesimo anniversario di tre importanti leggi sanitarie che hanno cambiato il volto della sanità italiana. La legge 833 che ha istituito il SSN, la legge 180 che ha innovato l'assistenza psichiatrica e la legge 194 che ha reso legale l'aborto. Qual è il suo bilancio e quali dinamiche evolutive prevede in merito?**

Il nostro Servizio sanitario, istituito con la legge 833 del 1978, con le sue caratteristiche di universalità e solidarietà fondate sul dettato costituzionale, è un patrimonio importante anche se permangono divari inaccettabili tra nord e sud, a partire dall'assistenza ospedaliera che vede un nord con ospedali indubbiamente più efficienti e meglio organizzati rispetto alla stragrande maggioranza di quelli meridionali. Ma oggi questo sistema è chiamato ad affrontare nuove sfide, in un contesto profondamente mutato nel quale la sanità pubblica non solo deve poter assicurare le prestazioni legate al bisogno acuto ma deve intervenire sulle persone in tutto l'arco della vita, in un processo continuo. Per sostenere il sistema occorre sicuramente rafforzare l'autosufficienza della persona: questo significa farsi carico della salute dei cittadini sin dall'inizio, orien-

tandoli, attraverso una adeguata informazione, ad adottare stili di vita corretti in modo da ridurre i fattori di rischio, e quindi l'incidenza delle malattie prevenibili.

Ritengo che la legge Basaglia, che trent'anni orsono ha rappresentato un significativo intervento di politica medica, modificando l'approccio alle malattie psichiatriche e privilegiando l'assistenza di prossimità, possa ora necessitare di un'ulteriore implementazione dopo un'attenta analisi sia a livello nazionale che internazionale dell'efficacia delle strategie di tutela della salute mentale, di un confronto sulle problematiche e sulle prospettive nell'ambito della ricerca, anche in rapporto ai servizi disponibili sul territorio, nonché di un confronto sull'efficacia di questi servizi sia dal punto di vista dei pazienti che dei loro familiari.

Allo stesso modo, per quanto riguarda la legge 194, prima di ipotizzare modifiche credo sia doveroso adoperarsi per la sua compiuta attuazione. La nostra intenzione è quella di sollecitarne anzitutto la piena applicazione, attraverso un rafforzamento degli strumenti di monitoraggio di cui disponiamo.

▼ **Con il Libro Verde sul welfare lei ha voluto aprire il dibattito sulle prospettive di riforma del**

nostro sistema di sicurezza sociale. Per quanto riguarda la sanità ha tracciato un quadro preoccupante per il futuro se non interverranno riforme strutturali sul piano della governance ma anche dei finanziamenti, auspicando un maggiore ruolo del privato. Può approfondirci quest'ultimo aspetto?

Il Libro verde sul welfare non solo vuole aprire un dibattito sul nostro sistema di sicurezza sociale, ma vuole anche mettere in luce le disfunzioni, gli sprechi e i costi dell'attuale modello italiano che, come sappiamo, è fortemente penalizzato dal peso eccessivo della spesa pensionistica. Per questo auspico la nascita di un modello di governance che garantisca la sostenibilità finanziaria attraverso un rinnovato e più autorevole livello di responsabilità a livello di governo centrale con compiti di regia ed indirizzo affidando, invece, alle istituzioni locali l'erogazione di servizi in base a criteri di sussidiarietà e differenziazione.

Risulta altresì chiara la tendenza attuale secondo la quale la spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie delle famiglie italiane.

In questo quadro occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare non-

chè ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico ed integrarlo.

A mio avviso siamo ad un punto tale per cui lo Stato deve intervenire con un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, ma soprattutto aiutare le persone a prendere atto dei limiti dell'intervento pubblico.

▼ **Qual è, sulla scorta della manovra del luglio scorso, il suo orientamento sulla sostenibilità finanziaria del Ssn?**

La manovra impostata con il decreto legge 112/2008 garantisce un cospicuo aumento delle risorse anche negli anni 2010 e 2011. Questo aumento è superiore all'incremento atteso, in questi stessi due anni, del Pil reale. Il che significa che, in una situazione di generalizzata difficoltà a garantire incrementi della complessiva spesa primaria corrente, al settore sanitario è stato comunque assicurato uno spazio di crescita ulteriore.

Certo tutto questo richiederà comunque di accelerare i processi di razionalizzazione degli attuali costi, ma è proprio ciò che ci proponiamo di conseguire con la nuova Intesa Stato Regioni che dovremo stipulare entro il 31 ottobre prossimo, sui grandi temi del ridisegno delle reti ospedaliere, dell'incremento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, di una maggiore capacità dei sistemi regionali e aziendali di gestire le politiche del personale e dell'acquisizione dei beni e dei servizi.

▼ **Come risponde alle preoccupazioni sulla revisione dei Livelli essenziali di assistenza?**

Siamo convinti che il margine di economia che si potrà conseguire con

i processi di efficientamento della spesa sanitaria, cui prima facevo riferimento, sono tali da assicurare la possibilità di mantenere integro l'attuale profilo complessivo dei livelli essenziali di assistenza quale storicamente si è consolidato nel nostro Paese. Il problema è semmai un altro: fino ad oggi si è privilegiato un approccio genericamente espansivo del Lea, nel senso che, a fronte delle registrazioni di nuove prestazioni da considerare essenziali, non si è operata quella periodica revisione critica delle prestazioni o delle loro modalità erogative, già acquisite al sistema, ma non più prioritarie, che lo stesso decreto legislativo 502/92 prefigurava. La direzione deve essere quella di un universalismo selettivo, capace di intercettare le reali priorità assistenziali sulla base di una rigorosa verifica dell'efficacia delle varie linee prestazionali.

▼ **Il federalismo fiscale crea tante aspettative quanti timori. Soprattutto per la sanità e per la garanzia del mantenimento di livelli di assistenza sanitaria omogenei in tutto il Paese, indipendentemente dalla ricchezza delle singole realtà locali. Come conciliare autonomia e tutela nazionali in questo campo?**

La bozza di disegno di legge del Governo, licenziata in prima lettura, parla chiaro. I meccanismi del federalismo fiscale saranno comunque tali da assicurare a tutte le realtà regionali il fabbisogno finanziario in grado di supportare il mantenimento dei Lea.

Ovviamente il fabbisogno finanziario assicurato sarà quello derivato da una equa determinazione dei costi standard. Le regioni che staranno dentro i costi standard non avranno problemi, quelle che fanno o faranno registrare costi superiori dovranno accelerare i processi di razionalizzazione. Ma è una esperienza che in

parte già stiamo facendo ad esempio con le Regioni impegnate nel Piano di rientro.

Con il federalismo fiscale questo impianto diventerà più sistemico, con un più esplicito avvicinamento tra la dimensione dell'autonomia decisionale e quella della conseguente responsabilizzazione finanziaria, che potrà meglio essere giudicata dal cittadino elettore e fruitore dei servizi essenziali compresi quelli sanitari.

▼ **La sanità territoriale si è sviluppata in modo assai variegato in questi anni nelle diverse Regioni, ma nel Libro verde si indica la necessità di potenziare questi servizi su tutto il territorio nazionale. Come?**

Noi vogliamo concentrare in pochi complessi ospedalieri l'impiego delle tecnologie e delle funzioni di eccellenza, cioè tutto quel che serve per il malati acuti.

Ed è per questo che bisogna eliminare tanti ospedali marginali per sostituirli con la classica medicina del territorio rivalutando la figura del medico di famiglia, vero grande pilastro del nostro sistema perchè rappresenta la reale possibilità di un migliore utilizzo delle risorse, sia nell'erogazione delle prestazioni che nel controllo delle stesse. Auspico che la medicina generale sappia sempre più rinnovarsi, riappropriandosi del suo ruolo strategico di assistenza di primo livello che giustifica la sua presenza così capillare sul territorio.

▼ **Nel Libro verde si accenna alla necessità di garantire che il merito e la competenza siano gli unici criteri per la scelta di manager e dirigenti sanitari. Prevede un provvedimento ad hoc per cambiare le attuali regole di nomina?**

Credo senz'altro che, insieme alle

Regioni, i criteri di designazione dei direttori generali e dei dirigenti sanitari delle aziende vadano ripensati. Il problema non è chi li nomina, ma l'introduzione di criteri e requisiti rigorosi per evitare discrezionalità eccessive. E, comunque, ritengo che la figura monocratica dei direttori generali si sia rivelata in sé positiva.

▼ **Una delle riforme rimaste al palo in tutti questi anni è quella del governo clinico per garantire maggiore potere decisionale agli operatori sanitari nell'ambito delle aziende sanitarie, limitando in qualche modo l'attuale**

monocrazia dei direttori generali. Condividi questo obiettivo e pensa di portarlo avanti in questa legislatura?

Ritengo che il governo clinico sia una modalità di gestione e di miglioramento della qualità e della efficienza della attività sanitaria cui tutti, operatori e medici, debbono concorrere. Esso rappresenta, infatti, una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale

dei servizi. Più in generale, credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica.

Penso che temi come l'accesso, la formazione specialistica, la formazione iniziale e quella continua, la definizione del rischio professionale, la stessa organizzazione ordinistica, i confini tra la professione medica e le altre professioni che chiamiamo paramediche, rappresentino materia che possa condurre a un testo unico o forse a interventi più mirati e semplici.

Non amo il ricorso troppo facile allo strumento legislativo, ma in questo ambito non ne escludo l'utilità. ■

ENPAM

BORSE DI STUDIO ENPAM ANNO 2008

Anche per l'anno 2008 l'ENPAM ha deliberato la concessione di sussidi di studio ad orfani di medici chirurghi ed odontoiatri che hanno frequentato con profitto nell'anno scolastico 2007/2008 un corso di scuola secondaria di primo grado; di secondo grado; di scuole universitarie, un corso universitario di laurea.

Le domande devono essere inviate all'ENPAM entro e non oltre il 15 dicembre 2008.

Per maggiori informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Ordine e/o sul sito ENPAM (www.enpam.it: accedere alla sezione *Previdenza*, poi su *Assistenza*, quindi su *Bando di concorso sussidi di studio 2008* e su *Modulistica*).

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

A seguito di recenti segnalazioni ufficiali (da ultimo una farmacia che dispensa un farmaco diverso da quello prescritto a causa di una grafia non comprensibile) si ricorda a tutti gli iscritti che i referti, i certificati e le prescrizioni, se redatti a mano, **devono essere compilati in modo chiaro e leggibile**, come tra l'altro prescritto dal documento approvato dal Consiglio dell'Ordine pubblicato sul giornale n. 2/2008.

Associazione Italiana Donne Medico

A.I.D.M. MOGLIANO VENETO

Si è costituita a marzo 2008 la sezione **A.I.D.M. - Mogliano Veneto**, ratificata dal Consiglio Nazionale in data 30.3.2008, con Presidente la dott.ssa Letizia Pirrami.

La sede organizzativa della sezione è presso lo studio professionale della dott.ssa Maria Alessandra Geremia - Strada Cisole, 15 - 31100 Treviso - Tel. e Fax 0422 431747.

Per informazioni:

FEDE Aura	338 1055105
FERRUZZI Giusy	328 7142182
GEREMIA Maria Alessandra	340 3217747
GIAIMO Maria	348 4018180
PIRRAMI Letizia	335 8276796

MASTER UNIVERSITARIO IN EPATOLOGIA

Si informa che è stato pubblicato il Bando di ammissione alla **VII edizione** del corso **Master Universitario in EPATOLOGIA** di 2° livello, organizzato dall'Università degli Studi di Padova, Direttore Prof. Lajos Okolicsanyi. La scadenza della preiscrizione è fissata per il 10 novembre 2008, ore 10.00.

L'avviso di selezione è consultabile al sito universitario:
<http://www.unipd.it/master/elenco/epatologia.htm>

Contatto per informazioni: annarosa.floreani@unipd.it

Ricerca Medici

- ☐ **Centro Medico Chirurgico - Clinica di giorno** - della **Svizzera Francese** completamente equipaggiato con due sale operatorie, Istituto di Radiologia con TAC e RMN, Centro di fertilità e di Ginecologia e Poliambulatorio cerca medici specialisti con diploma CEE o Svizzero anche senza numero di concordato per le seguenti discipline : Pediatria, Ginecologia, Pneumologia, Omeopatia, Gastroenterologia, Dermatologia, Oftalmologia, Ortopedia (in special modo chirurgia della spalla, del ginocchio e del piede), Chirurgia della mano, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Logopedia, Neuropsichiatria infantile, Medicina Generale.

Interessati tel. **0041.76.7165479**

Appuntamenti scientifici

OTTOBRE - NOVEMBRE 2008 – GENNAIO 2009

18 ottobre 2008 ore 8,45

OSTEOPOROSI: BANCO DI PROVA PER LA MULTIDISCIPLINARIETÀ
presso Sala Riunioni Ospedale di Treviso Ca' Foncello
organizzato dalla Unità Operativa 1^a Medicina Interna dell'Ospedale Ca' Foncello
Richiesti crediti ECM INFO: 0422 322602/3

24 e 25 ottobre 2008 ore 8,15

**PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE RIABILITATIVA DI MINIMA DEL
PAZIENTE CON GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA**
**CORSO DI FORMAZIONE ALL'UTILIZZO
WORKSHOP SU CASI CLINICI**
presso Centro Congressi Hotel Relais Monaco di Ponzano Veneto
organizzato dall'Associazione AREP unitamente al Dipartimento Interaziendale di
Medicina Fisica e Riabilitazione dell'ULSS N. 9
Richiesti crediti ECM INFO: 0432 227673

24 e 25 ottobre 2008 ore 8,30

III SEMINARIO NAZIONALE CUORE E POLMONE
presso Seminario Vescovile di Treviso
organizzato dalla SICOA – Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata
Richiesti crediti ECM INFO: 02 89518895

25 ottobre 2008 ore 8,30

**MODERNO MANAGEMENT DELL'IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA.
LINEE GUIDA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PRE-ECLAMPSIA (AIPE)**
presso Villa Foscari-Cornaro di Gorgo al Monticano (TV)
organizzato dall'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Conegliano
Richiesti crediti ECM INFO: 049 8944570

28 ottobre 2008 ore 20,00

DANNO DA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: BUSINESS O REALTÀ...
presso sede Ordine Medici di Treviso
organizzato dal gruppo AIDM Associazione Italiana Donne Medico di Mogliano Veneto
INFO: 348 4018180 - 3403217747

8 novembre 2008 ore 8,30

I CONGRESSO TRIVENETO TUMORE AL SENO
- DONNE AL CENTRO DI UNA MEDICINA AL FEMMINILE -
presso Sala Congressi Hotel Maggior Consiglio di Treviso
organizzato dall'Associazione Italiana Donne Medico AIDM Sezione di Treviso
Richiesti crediti ECM INFO: 0422301087

Appuntamenti scientifici

OTTOBRE - NOVEMBRE 2008 - GENNAIO 2009

15 novembre 2008 ore 8,30

CORSO DI AGGIORNAMENTO NEWS IN AMBITO DI MEDICINA INTERNA

presso Villa Rietti Rota - Villanova di Motta di Livenza
organizzato dall'U.O. di Medicina generale dell'Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza
Richiesti crediti ECM INFO: 0432227673

19 novembre 2008 ore 20,30

SINDROMI FIBROMIALGICHE: NUOVA REALTÀ PATOLOGICA

presso Centro di Medicina di Treviso - Strada Ovest
organizzato dal gruppo AIDM Associazione Italiana Donne Medico di Mogliano Veneto
INFO: 348 4018180 - 3403217747

21 e 22 novembre 2008 ore 8,30

CONVEGNO SUL RISCHIO CLINICO

presso Sala Riunioni Ospedale San Camillo di Treviso
organizzato dall'Ospedale San Camillo di Treviso
Richiesti crediti ECM INFO: 0422 428382

29 novembre 2008 ore 8,00

AVEVAMO UN SOGNO, L'ABBIAMO ANCORA: MORIRE CON DIGNITÀ... IN FUTURO"

presso Hotel Maggior Consiglio di Treviso
organizzato dall'Associazione ADVAR di Treviso
Richiesti crediti ECM INFO: 0422432603

12 e 13 dicembre 2008

CONVEGNO:

PRECANCEROSI E PATOLOGIE GASTROINTESTINALI - RICERCA DI PERCORSI CLINICI CONDIVISI DI GESTIONE -

Venerdì **12 dicembre** 2008 alle **ore 15** presso l'Aula Magna dell'Università di Treviso
Sabato **13 dicembre** 2008 alle **ore 9** presso la Sala Convegni dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso
organizzato dalla U.O. di Gastroenterologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso
in collaborazione con i medici di medicina generale ed aperto a tutti i medici

Richiesti crediti ECM
INFO: 0422 322446 E-mail: efonte@ulss.tv.it

15 gennaio 2009 ore 20,00

LA CORRETTA CERTIFICAZIONE

presso sede Ordine Medici di Treviso
organizzato dal gruppo AIDM Associazione Italiana Donne Medico di Mogliano Veneto
INFO: 348 4018180 - 3403217747

Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. (Autorizzazione n. 2/2008).

Autorizzazione 19 giugno 2008.

Supplemento Ordinario G.U. n. 169 del 21.7.2008

IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

In data odierna, con la partecipazione del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vicepresidente, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti, e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali;

Visto, in particolare, l'art. 4, comma 1, lett. d), del citato Codice, il quale individua i dati sensibili;

Considerato che, ai sensi dell'art. 26, comma 1, del Codice, i soggetti privati e gli enti pubblici economici possono trattare i dati sensibili solo previa autorizzazione di questa Autorità e, ove necessario, con il consenso scritto degli interessati, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti;

Visto l'art. 76 del Codice, secondo cui gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico ai sensi dell'articolo 85 del medesimo Codice, possono trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute anche senza il consenso dell'interessato, previa autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica di un terzo o della collettività;

Considerato che il trattamento dei dati in questione può essere autorizzato dal Garante anche d'ufficio con provvedimenti di carattere generale, relativi a determinate categorie di titolari o di trattamenti (art. 40 del Codice);

Considerato che le autorizzazioni di carattere generale sin ora rilasciate sono risultate uno strumento idoneo per prescrivere misure uniformi a garanzia degli interessati, rendendo altresì superflua la richiesta di singoli provvedimenti di autorizzazione da parte di numerosi titolari del trattamento;

Ritenuto opportuno rilasciare nuove autorizzazioni in sostituzione di quelle in scadenza il 30 giugno 2008, armonizzando le prescrizioni già impartite alla luce dell'esperienza maturata;

Ritenuto opportuno che anche tali nuove autorizzazioni siano provvisorie e a tempo determinato, ai sensi dell'art. 41, comma 5, del Codice e, in particolare, efficaci per il periodo di diciotto mesi;

Considerata la necessità di garantire il rispetto di alcuni principi volti a ridurre al minimo i rischi di danno o di pericolo che i trattamenti potrebbero comportare per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità delle persone, e, in particolare, per il diritto alla protezione dei dati personali sancito dall'art. 1 del Codice, principi valutati anche sulla base delle raccomandazioni adottate in materia di dati sanitari dal Consiglio d'Europa ed in particolare dalla Raccomandazione N. R (97) 5, in base alla quale i dati sanitari devono essere trattati, di regola, solo nell'ambito dell'assistenza sanitaria o sulla base di regole di segretezza e di efficacia pari a quelle previste in tale ambito;

Considerato che un elevato numero di trattamenti idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale è effettuato per finalità di prevenzione o di cura, per la gestione di servizi socio-sanitari, per ricerche scientifiche o per la fornitura all'interessato di prestazioni, beni o servizi;

Visto l'art. 167 del Codice;

Visto l'art. 11, comma 2, del Codice, il quale stabilisce che i dati trattati in violazione della disciplina rilevante in materia di trattamento di dati personali non possono essere utilizzati;

Visti gli articoli 31 e seguenti del Codice e il disciplinare tecnico di cui all'Allegato B) al Codice in materia di protezione dei dati personali recanti norme e regole sulle misure di sicurezza;

Visto l'art. 41 del Codice;

Visti gli atti d'ufficio;

Viste le osservazioni dell'Ufficio formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il prof. Francesco Pizzetti;

Autorizza

- a) gli esercenti le professioni sanitarie a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, qualora i dati e le operazioni siano indispensabili per tutelare l'incolumità fisica o la salute di un terzo o della collettività, e il consenso non sia prestato o non possa essere prestato per effettiva irreperibilità;
- b) gli organismi e le case di cura private, nonché ogni altro soggetto privato, a trattare con il consenso i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale;
- c) gli organismi sanitari pubblici, istituiti anche presso università, ivi compresi i soggetti pubblici allorché agiscano nella qualità di autorità sanitarie, a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute, qualora ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:
 - 1) il trattamento sia finalizzato alla tutela dell'incolumità fisica e della salute di un terzo o della collettività;
 - 2) manchi il consenso (articolo 76, comma 1, lett. b), del Codice), in quanto non sia prestato o non possa essere prestato per effettiva irreperibilità;
 - 3) non si tratti di attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ai sensi dell'art. 85, commi 1 e 2, del Codice;
- d) anche soggetti diversi da quelli di cui alle lettere a), b) e c) a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, qualora il trattamento sia necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica di un terzo. Se la medesima finalità riguarda l'interessato e quest'ultimo non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità d'intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Per l'informativa e, ove previsto, il consenso si osservano anche le disposizioni di cui agli articoli 13, 23, 26 e da 75 a 82 del Codice.

1) Ambito di applicazione e finalità del trattamento

1.1. L'autorizzazione è rilasciata:

- a) ai medici-chirurghi, ai farmacisti, agli odontoiatri, agli psicologi e agli altri esercenti le professioni sanitarie iscritti in albi o in elenchi;
- b) al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione che esercita l'attività in regime di libera professione;
- c) alle istituzioni e agli organismi sanitari privati, anche quando non operino in rapporto con il servizio sanitario nazionale.

In tali casi, l'autorizzazione è rilasciata anche per consentire ai destinatari di adempiere o di esigere l'adempimento di specifici obblighi o di eseguire specifici compiti previsti da leggi, dalla normativa comunitaria o da regolamenti, in particolare in materia di igiene e di sanità pubblica, di prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni, di diagnosi e cura, ivi compresi i trapianti di organi e tessuti, di riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica e psichica, di profilassi delle malattie infettive e diffusive, di tutela della salute mentale, di assistenza farmaceutica, di medicina scolastica e di assistenza sanitaria alle attività sportive o di accertamento, in conformità alla legge, degli illeciti previsti dall'ordinamento sportivo. Il trattamento può riguardare anche la compilazione di cartelle cliniche, di certificati e di altri documenti di tipo sanitario, ovvero di altri documenti relativi alla gestione amministrativa la cui utilizzazione sia necessaria per i fini appena indicati.

Qualora il perseguimento di tali fini richieda l'espletamento di compiti di organizzazione o di gestione amministrativa, i destinatari della presente autorizzazione devono esigere che i responsabili e gli incaricati del trattamento preposti a tali compiti osservino le stesse regole di segretezza alle quali sono sottoposti i medesimi destinatari della presente autorizzazione, nel rispetto di quanto previsto anche dall'art. 83, comma 1, del Codice.

1.2. L'autorizzazione è rilasciata, altresì, ai seguenti soggetti:

- a) alle persone fisiche o giuridiche, agli enti, alle associazioni e agli altri organismi privati, per scopi di ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela della salute dell'interessato, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico o epidemiologico, allorché si debba intraprendere uno studio delle relazioni tra i fattori di rischio e la salute umana anche con riguardo a studi condotti su persone nell'ambito della sperimentazione clinica di farmaci, o indagini su interventi sanitari di tipo diagnostico, terapeutico o preventivo, ovvero sull'utilizzazione di strutture socio-sanitarie, e la disponibilità di dati solo anonimi su campioni della popolazione non permetta alla ricerca di raggiungere i suoi scopi. In tali casi occorre acquisire il consenso (in conformità a quanto previsto dagli articoli 106, 107 e 110 del Codice), e il trattamento successivo alla raccolta non deve permettere di identificare gli interessati anche indirettamente, salvo che l'abbinamento al materiale di ricerca dei dati identificativi dell'interessato sia temporaneo ed essenziale per il risultato della ricerca, e sia motivato, altresì, per iscritto. I risultati della ricerca non possono essere diffusi se non in forma anonima.
Resta fermo quanto previsto dall'art. 98 del Codice;
- b) alle organizzazioni di volontariato o assistenziali, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per perseguire scopi determinati e legittimi previsti, in particolare, nelle rispettive norme statutarie;
- c) alle comunità di recupero e di accoglienza, alle case di cura e di riposo, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per perseguire scopi determinati e legittimi previsti, in particolare, nelle rispettive norme statutarie;
- d) agli enti, alle associazioni e alle organizzazioni religiose riconosciute, relativamente ai dati e alle operazioni indispensabili per perseguire scopi determinati e legittimi nei limiti di quanto stabilito dall'art. 26, comma 4, lett. a), del Codice, fermo restando quanto previsto per le confessioni religiose dagli articoli 26, comma 3, lett. a), e 181, comma 6, del Codice e dell'autorizzazione n. 3/2008;
- e) alle persone fisiche e giuridiche, alle imprese, anche sociali, agli enti, alle associazioni e ad altri organismi, limitatamente ai dati, ove necessario attinenti anche alla vita sessuale, e alle operazioni indispensabili per adempiere agli obblighi, anche precontrattuali, derivanti da un rapporto di fornitura all'interessato di beni, di prestazioni o di servizi.

Se il rapporto intercorre con istituti di credito, imprese assicurative o riguarda valori mobiliari, devono considerarsi indispensabili i soli dati ed operazioni necessari per fornire specifici prodotti o servizi richiesti dall'interessato. Il rapporto può riguardare anche la fornitura di strumenti di ausilio per la vista, per l'udito o per la deambulazione;

- f) alle persone fisiche e giuridiche, agli enti, alle associazioni e agli altri organismi che gestiscono impianti o strutture sportive, limitatamente ai dati e alle operazioni indispensabili per accertare l'idoneità fisica alla partecipazione ad attività sportive o agonistiche;
- g) alle persone fisiche e giuridiche e ad altri organismi, limitatamente ai dati dei beneficiari e dei donatori e alle operazioni indispensabili per effettuare trapianti di organi e tessuti, nonché donazioni di sangue.

1.3. La presente autorizzazione è rilasciata, altresì, quando il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale sia necessario per:

- a) lo svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o comunque per far valere o

difendere un diritto anche da parte di un terzo in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e di conciliazione nei casi previsti dalle leggi, dalla normativa comunitaria, dai regolamenti o dai contratti collettivi, sempre che il diritto sia di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile, e i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario per il loro perseguimento;

- b) adempiere o esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti dalla normativa comunitaria, da leggi, da regolamenti o da contratti collettivi per la gestione del rapporto di lavoro, nonché della normativa in materia di previdenza e assistenza o in materia di igiene e sicurezza del lavoro o della popolazione, nei limiti previsti dalla autorizzazione generale del Garante n. 1/2008 e ferme restando le disposizioni del codice di deontologia e di buona condotta di cui all'articolo 111 del Codice.

1.4. Il trattamento di dati genetici resta autorizzato nei limiti e alle condizioni individuati nell'autorizzazione del 22 febbraio 2007, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2007.

2) Categorie di dati oggetto di trattamento

Prima di iniziare o proseguire il trattamento i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità, in conformità all'art. 3 del Codice.

Il trattamento può avere per oggetto i dati strettamente pertinenti ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità che non possano essere adempiuti o realizzati, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa, e può comprendere le informazioni relative a stati di salute pregressi.

Devono essere considerate sottoposte all'ambito di applicazione della presente autorizzazione anche le informazioni relative ai nascituri, che devono essere trattate alla stregua dei dati personali in conformità a quanto previsto dalla citata raccomandazione N. R (97) 5 del Consiglio d'Europa.

3) Modalità di trattamento

Fermi restando gli obblighi previsti dagli articoli 11 e 14 del Codice, nonché dagli articoli 31 e seguenti del Codice e dall'Allegato B) al medesimo Codice, il trattamento dei dati sensibili deve essere effettuato unicamente con operazioni, nonché con logiche e mediante forme di organizzazione dei dati strettamente indispensabili in rapporto ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità.

I dati sono raccolti, di regola, presso l'interessato.

La comunicazione di dati all'interessato deve avvenire di regola direttamente a quest'ultimo o a un suo delegato (fermo restando quanto previsto dall'art. 84, comma 1, del Codice), in plico chiuso o con altro mezzo idoneo a prevenire la conoscenza da parte di soggetti non autorizzati, anche attraverso la previsione di distanze di cortesia.

Per le informazioni relative ai nascituri, il consenso è prestato dalla gestante. Dopo il raggiungimento della maggiore età l'informativa è fornita all'interessato anche ai fini della acquisizione di una nuova manifestazione del consenso quando questo è necessario (art. 82, comma 4, del Codice).

4) Conservazione dei dati

Nel quadro del rispetto dell'obbligo previsto dall'art. 11, comma 1, lett. e) del Codice, i dati possono essere conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi o ai compiti sopra indicati, ovvero per perseguire le finalità ivi menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, deve essere verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che l'interessato fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non possono essere utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene. Specifica attenzione è prestata per l'indispensabilità dei dati riferiti a soggetti diversi da quelli cui si riferiscono direttamente le prestazioni e gli adempimenti.

5) Comunicazione e diffusione dei dati

Salvo quanto previsto per i dati genetici al punto 9 della citata autorizzazione del 22 febbraio 2007, i dati idonei a rivelare lo stato di salute possono essere comunicati, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità di cui al punto 1), a soggetti pubblici e privati, ivi compresi i fondi e le casse di assistenza sanitaria integrativa, le aziende che svolgono attività strettamente correlate all'esercizio di professioni sanitarie o alla fornitura all'interessato di beni, di prestazioni o di servizi, gli istituti di credito e le imprese assicurative, le associazioni od organizzazioni di volontariato e i familiari dell'interessato.

Ai sensi degli artt. 22, comma 8, e 26, comma 5, del Codice, i dati idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi.

I dati idonei a rivelare la vita sessuale non possono essere diffusi, salvo il caso in cui la diffusione riguardi dati resi manifestamente pubblici dall'interessato e per i quali l'interessato stesso non abbia manifestato successivamente la sua opposizione per motivi legittimi.

6) Richieste di autorizzazione

I titolari dei trattamenti che rientrano nell'ambito di applicazione della presente autorizzazione non sono tenuti a presentare una richiesta di autorizzazione a questa Autorità, qualora il trattamento che si intende effettuare sia conforme alle prescrizioni suddette.

Le richieste di autorizzazione pervenute o che perverranno anche successivamente alla data di adozione del presente provvedimento, devono intendersi accolte nei termini di cui al provvedimento medesimo.

Il Garante non prenderà in considerazione richieste di autorizzazione per trattamenti da effettuarsi in difformità alle prescrizioni del presente provvedimento, salvo che, ai sensi dell'art. 41 del Codice, il loro accoglimento sia giustificato da circostanze del tutto particolari o da situazioni eccezionali non considerate nella presente autorizzazione, relative, ad esempio, al caso in cui la raccolta del consenso comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato in ragione, in particolare, del numero di persone interessate.

7) Norme finali

Restano fermi gli obblighi previsti da norme di legge o di regolamento o dalla normativa comunitaria che stabiliscono divieti o limiti più restrittivi in materia di trattamento di dati personali e, in particolare:

a) dall'art. 5, comma 2, della legge 5 giugno 1990, n. 135, come modificato dall'art. 178 del Codice, secondo cui la rilevazione statistica della infezione da HIV deve essere effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona;

b) dall'art. 11 della legge 22 maggio 1978, n. 194, il quale dispone che l'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali è effettuato un intervento di interruzione di gravidanza devono inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione che non faccia menzione dell'identità della donna;

c) dall'art. 734-bis del codice penale, il quale vieta la divulgazione non consensuale delle generalità o dell'immagine della persona offesa da atti di violenza sessuale.

Restano altresì fermi gli obblighi di legge che vietano la rivelazione senza giusta causa e l'impiego a proprio o altrui profitto delle notizie coperte dal segreto professionale, nonché gli obblighi deontologici previsti, in particolare, dal codice di deontologia medica adottato dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Resta ferma, infine, la possibilità di diffondere dati anonimi anche aggregati e di includerli, in particolare, nelle pubblicazioni a contenuto scientifico o finalizzate all'educazione, alla prevenzione o all'informazione di carattere sanitario.

8) Efficacia temporale e disciplina transitoria

La presente autorizzazione ha efficacia a decorrere dal 1° luglio 2008 fino al 31 dicembre 2009, salve eventuali modifiche che il Garante ritenga di dover apportare in conseguenza di eventuali novità normative rilevanti in materia.

La presente autorizzazione sarà pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 19 giugno 2008

Approvazione del documento

“Indicatori per le cure palliative”.

Istituzione del Sistema informativo regionale per le cure palliative

Deliberazione Giunta Regionale n. 1608 del 17.6.2008

BUR n. 62 del 29.7.2008

Approvazione del documento

“Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore”.

Deliberazione Giunta Regionale n. 1609 del 17.6.2008

BUR n. 62 del 29.7.2008

Piano regionale triennale per la radioprotezione in ambito sanitario, anni 2008-2010.

Approvazione.

Deliberazione Giunta Regionale n. 1612 del 17.6.2008

BUR n. 62 del 29.7.2008

Aggiornamento II Semestre 2008 – Albo Regionale degli

Ambulatori Privati di Medicina dello Sport.

Decreto Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari n. 89 del 17.7.2008

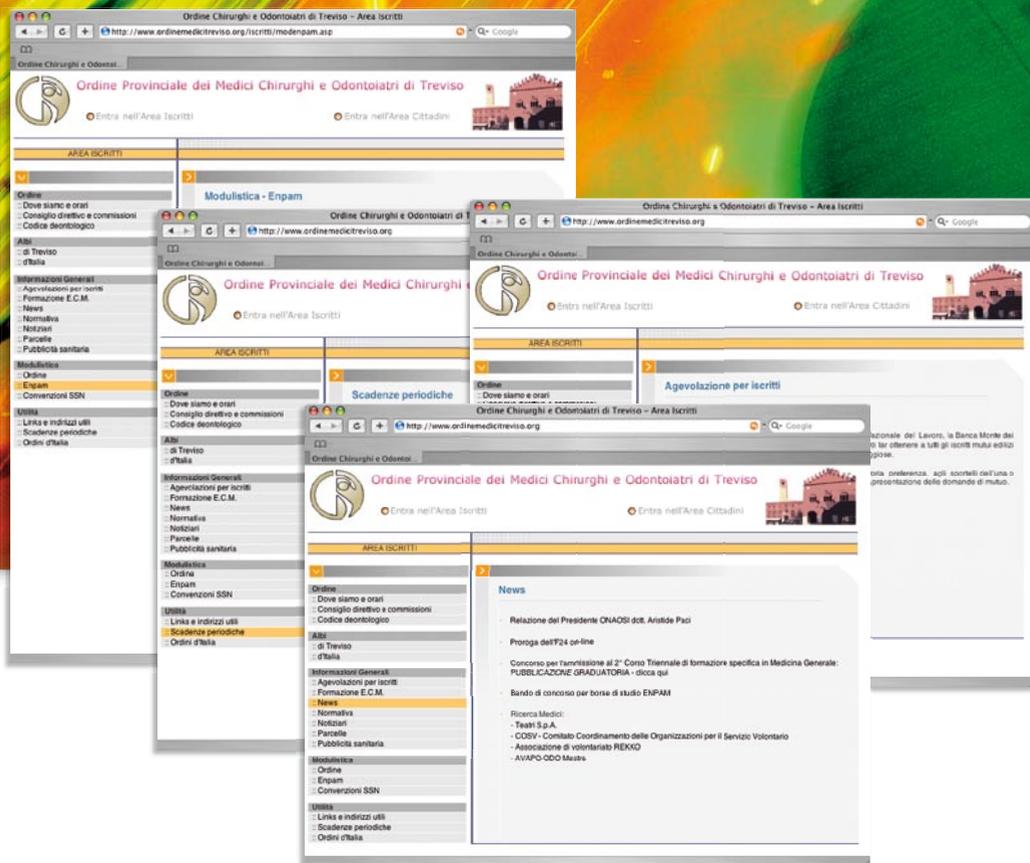
BUR n. 65 dell'8.8.2008

Dgr 363 19.02.2008. Concorso per l'ammissione al IV Corso triennale di formazione specifica in medicina generale. Approvazione graduatoria di merito.

Decreto Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari della Regione Veneto n. 141 del 30.9.2008

BUR n. 84 del 10.10.2008

Collegati con L'Ordine



consulta il sito

www.ordinemedicitreviso.org

per avere tutte le notizie e le informazioni